

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria**  
Relatório de Estágio

**AMA: Programa de Apoio a Mulheres com Alterações  
Psicopatológicas no Pós-Parto**

**Ana Soraia Cardoso Rodrigues do Vale**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de [Saúde Mental e Psiquiatria]**  
**[Relatório de Estágio]**

**[AMA: Programa de Apoio a Mulheres com Alterações  
Psicopatológicas no Pós-Parto]**

**[Ana Soraia Cardoso Rodrigues do Vale]**

Orientador: [Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Pereira]

**[Lisboa]**

**[2017]**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Sublinharmos que ‘Maternidade nem sempre rima com felicidade’ é a nossa forma de tentarmos diminuir o estigma e a pressão associados à depressão e a outros problemas de saúde mental perinatal. Não basta que este tema seja cada vez mais abordado nos meios de comunicação social e internet (...). É preciso que as mulheres saibam que podem e devem procurar ajuda, sem medo, sem vergonha e sem culpa. É preciso que a ajuda lhes seja dada.”

Macedo & Pereira (2014, p.2)

À *minha* Madalena, que iluminou o meu caminho.

Ao *meu* David, que o complementa todos os dias.

Que o amor esteja presente em todos os *nossos* detalhes, como tem sido uma constante até aqui.

## **LISTA DE SIGLAS**

AP	Ansiedade Puerperal
APA	American Psychiatric Association
BPP	Blues Pós-Parto
CCEE	Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
CDE	Código Deontológico dos Enfermeiros
CEEESMP	Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders
EPDS	Edinburgh Postpartum Depression Scale
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EESM	Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
ESMP	Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria
ICD	International Classification of Diseases
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OE	Ordem dos Enfermeiros

OMS	Organização Mundial de Saúde
PANDA	Perinatal Anxiety & Depression Association
PASS	Postpartum Anxiety Screening Scale
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PNVGBR	Plano Nacional de Vigilância de Gravidez de Baixo Risco
PP	Psicose Puerperal
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USF	Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

Com vista ao desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria foram realizados dois estágios: um em contexto comunitário, e outro, em contexto de internamento. A escolha pelos locais de estágio teve também em consideração a temática do presente relatório, tendo-me proposto a elaborar um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, o qual denominei por AMA. A escolha por este tema prendeu-se à minha forte motivação por aprofundar conhecimentos no âmbito da saúde mental perinatal, fazendo-me sentido tal ocorrer em concomitância com o desenvolvimento de um programa no campo de ação da enfermagem de saúde mental e psiquiatria que promova um acompanhamento adequado e ajustado às necessidades de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, cujo período, está impregnado de vários desafios que acabam por colocar em causa uma transição para a maternidade de forma tranquila e adaptada. Aqui, o enfermeiro especialista em saúde mental, em parceria com a mulher e respetiva família, pode trabalhar uma série de estratégias que facilitem esta transição, motivo pelo qual, os quadros de referência que foram selecionados para suportarem o Programa AMA, foram a *Teoria de Médio Alcance* de Meleis (2010) e o *Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças* de Gottlieb (2016). Os objetivos gerais do Programa AMA constituem-se os seguintes: Facilitar o encontro de *forças* por parte das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto; Promover uma adequada transição para a maternidade reduzindo o sofrimento das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto e respetiva família. Para ir ao encontro do pretendido, foi elaborado um programa assente em três eixos de intervenção: intervenção individual e em grupo com a mulher e respetiva família; dinamização de uma linha de apoio às mulheres, famílias e profissionais de saúde; formação para profissionais de saúde que integrem o programa, que tenham interesse no tema e/ou que trabalhem com este tipo de grupo-alvo.

**Palavras-chave:** Enfermagem psiquiátrica; Pós-parto; Depressão pós-parto; Serviços de saúde materno-infantis; Relação mãe-bebé.

## ABSTRACT

Considering the goal of developing common and specific skills of mental health and psychiatry specialist nurse, it was necessary to perform a curricular “internship” discipline, having chosen to develop one in community, and the other in hospital context. The choice for these locations also had in mind the subject of this report, having proposed to elaborate a program to support women with mental health problems in postnatal period, called “AMA”. The choice for this topic is related to my strong motivation for deepening knowledge in the area of perinatal mental health, making this internship occurs concurrently with the development of a program of mental health and psychiatric nursing, which promote an organized and well-founded project to provide proper monitoring and adjusted interventions related to the needs of women with mental health problems in postnatal period, which is, immersed in various challenges that will put in question the smoothly and adjusted transition to motherhood. Here, the mental health specialist nurse, in partnership with the woman and her family, can work several strategies which promote this transition, and that’s why, the frames of reference that have been selected to support the AMA program, were the *Middle Range Transitions Theory* by Meleis (2010) and *Strengths-Based Nursing Care* by Gottlieb (2016). The general objectives of the AMA program are as follows: facilitate the gathering of *strength* by women with postpartum psychopathological disorders and to promote a suitable transition thru motherhood reducing the suffering of women and her family with postpartum psychopathological disorders. For such, a program was developed built upon three main intervention axes: individual and in group intervention with women and family; dynamization of a helpline for women, family and health professionals; training for health professionals who integrate the program and have interest in the area and work with this target group.

**Keywords:** Psychiatric nursing; Postpartum period; Depression, Postpartum; Maternal-Child Health Services; Mother-Child Relations.



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA</b>	16
<b>2. PERTINÊNCIA DO PROJETO</b>	20
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	24
3.1. Tornar-se mãe: uma transição multidimensional	24
3.2. O cuidar em enfermagem baseado nas forças das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto	27
<b>4. UM PERCURSO <i>INSIDE OUT</i> EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL</b>	30
4.1. O contributo do estágio para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental	31
4.2. Atividades planeadas	33
4.3. Atividades desenvolvidas	33
4.3.1. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário	34
4.3.1.1. Participação nas consultas	34
4.3.1.2. A escrita expressiva como mediador terapêutico	35
4.3.1.3. Reflexões conjuntas	38
4.3.1.4. Participação nas reuniões multidisciplinares	39
4.3.1.5. Diário de campo	40
4.3.1.6. Registos de interação	40
4.3.1.7. Reflexão de aprendizagem	41
4.3.1.8. Apresentação à equipa multidisciplinar	41

4.3.1.9. Trabalhos de investigação	41
4.3.1. 10. Reunião na divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil da Direcção-Geral da Saúde	42
4.3.1.11. Contacto com USF e UCC a região de Lisboa e Vale do Tejo	42
4.3.1.12. Reunião com Enfermeira da USF D. Jordão	44
4.3.1.13. Participação em encontros de cariz científico	44
4.3.2. Atividades desenvolvidas em contexto de internamento	45
4.3.2.1. Enfermeira de Referência	46
4.3.2.2. Atividades de âmbito psicoeducativo	46
4.3.2.3. O uso terapêutico de mim	47
4.3.2.4. Participação nas atividades terapêuticas planeadas	48
<b>5. AMA: PROGRAMA DE APOIO A MULHERES COM ALTERAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO PÓS-PARTO</b>	<b>50</b>
5.1. Critérios de encaminhamento	52
5.2. Consulta de triagem	54
5.3. O Processo de enfermagem em saúde mental e psiquiatria partilhado com as mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto	58
5.4. Implementação de intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria	59
5.5. Formação específica para profissionais de saúde	60
5.6. Linha de apoio	61
5.7. Avaliação dos resultados obtidos	62
<b>6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>63</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>67</b>

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

“Regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista”

### **Anexo 2**

“Lista de contactos das Unidades de Saúde Famílias e Unidades de Cuidados na Comunidade”

### **Anexo 3**

“Comunicado da *World Pshychiatric Association* sobre a importância de se focar na melhoria dos cuidados de saúde mental no âmbito da saúde mental perinatal”

### **Anexo 4**

“Linha de Apoio da *Perinatal Anxiety & Depression Australia*”

## **APÊNDICES**

### **Apêndice 1**

“Descrição de tarefas e resultados esperados para os estágios”

### **Apêndice 2**

“Contacto via *email* com a *Perinatal Anxiety & Depression Australia*”

### **Apêndice 3**

“Projecto bem-estar perinatal”

### **Apêndice 4**

“Alterações psicopatológicas desenvolvidas por mulheres no pós-parto”

### **Apêndice 5**

“Esquema representativo da articulação entre a Teoria de Médio Alcance de Meleis (2010) com o período de transição para a maternidade”

### **Apêndice 6**

“Esquema representativo da articulação entre a Teoria do Cuidar Baseado nas Forças de Gottlieb (2016) com o cuidar em enfermagem baseado nas forças das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto”

#### **Apêndice 7**

“Atividades planeadas, não realizadas”

#### **Apêndice 8**

“Atividades realizadas, não planeadas”

#### **Apêndice 9**

“Atividades realizadas em contexto comunitário associadas ao desenvolvimento das CCEE e das CEEESMP”

#### **Apêndice 10**

“Critérios de avaliação das atividades desenvolvidas em contexto comunitário de acordo com o Regulamento das Competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental”

#### **Apêndice 11**

“Plano de cuidados em saúde mental e psiquiatria (Mariana)”

#### **Apêndice 12**

“A escrita expressiva como mediador terapêutico”

#### **Apêndice 13**

“Plano de sessões de intervenção psicoterapêutica individual mediada pela escrita expressiva”

#### **Apêndice 14**

“Poster científico: *Relato Prático sobre o Projeto Mulher, Filha & Mãe*”

#### **Apêndice 15**

“Registos de contactos telefónicos com Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade da região de Lisboa e Vale do Tejo”

#### **Apêndice 16**

“Instrumentos de colheita de dados utilizados na apreciação clínica da depressão (PDSS – validado para a população portuguesa) e ansiedade (PASS) perinatal”

#### **Apêndice 17**

“Atividades realizadas em contexto de internamento associadas ao desenvolvimento das CCEE e das CEEESMP”

#### **Apêndice 18**

“Critérios de avaliação das atividades desenvolvidas em contexto de internamento de acordo com o Regulamento das Competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental”

#### **Apêndice 19**

“Planos de sessão das intervenções de âmbito psicoeducativo realizadas ao longo do estágio de internamento sobre os seguintes temas: *Comunicação entre mim e os outros, Autoconceito, Autoimagem*”

#### **Apêndice 20**

“Email enviado às leitoras do blogue Mulher, Filha & Mãe”

#### **Apêndice 21**

“Representação esquemática do Programa AMA”

#### **Apêndice 22**

“Programa AMA: Ficha de Acolhimento”

#### **Apêndice 23**

“Programa AMA: Guia de Acolhimento”

#### **Apêndice 24**

“Autorização da Dra. Ana Telma Pereira para utilização da PDSS e PASS no Programa AMA”

#### **Apêndice 25**

“Exemplo de circuito de duas mulheres dentro do Programa AMA”

**Apêndice 26**

“Atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria integradas no Programa AMA”

**Apêndice 27**

“Programa AMA: Formulário de contacto através da linha de apoio”

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>QUADRO 1.</b> Fontes de informação	16
<b>QUADRO 2.</b> Alterações psicopatológicas desenvolvidas pelas mulheres no pós-parto	17
<b>QUADRO 3.</b> Atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria integradas no Programa AMA.	60

## INTRODUÇÃO

Enquanto discente do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP), no âmbito da Unidade Curricular (UC) *Estágio*, foi-me proposta a realização de um percurso formativo, de carácter prático, que fosse ao encontro da finalidade da respetiva.

De acordo com Fernandes (2007), o ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem constitui-se como fundamental para os estudantes de enfermagem, sendo um espaço facilitador do desenvolvimento das capacidades práticas e um tempo privilegiado para a condução de aprendizagens que objetivem a interligação entre a teoria e a prática. O mesmo se verifica para qualquer curso de mestrado em enfermagem, evidenciando Benner (2001, p. 209) que “a aprendizagem experimental põe as questões e testa os comportamentos em situações reais. A experiência permite à especialista tomar decisões rápidas fundadas em exemplos concretos”. Tal como nos é requerido no âmbito da UC *Estágio*, a sua concretização tem de contemplar a experiência em contexto comunitário e de internamento. Atendendo a este facto, as minhas opções de escolha para os locais de estágio a frequentar, tiveram subjacentes os seguintes objetivos a atingir:

- Desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista (Anexo 1), e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, enquanto objetivo geral.
- Adquirir conhecimentos baseados na evidência sobre mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, conhecer o tipo de resposta/apoio que é dado a nível nacional a este grupo-alvo e identificar intervenções de âmbito socioterapêutico, psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducacional que contribuam para o desenvolvimento de um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, enquanto objetivos específicos.

Desta forma, elaborei um projeto de estágio onde integrei o planeamento de determinadas atividades que me propus desenvolver ao longo de ambos os estágios, (Apêndice 1). Com o seu término, surge o momento afeto à elaboração do relatório de estágio, que realizo com a finalidade de desenvolver o Programa AMA, um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto. Para tal, pretendo



demonstrar a influência do meu percurso ao longo dos estágios no desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (CCEE) e de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (CEEESMP), como objetivo geral, e como objetivos específicos identifico os seguintes:

- Analisar o percurso efetuado ao longo dos estágios, tendo em conta os objetivos que tracei no projeto de estágio e as tarefas delineadas;
- Descrever de forma objetiva e fundamentada o produto da análise do percurso efetuado, atendendo à sua relação com o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria;
- Elaborar um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, considerando a análise e descrição do percurso efetuado.

É reconhecido por Leal (2005) que o nascimento de um filho implica uma série de mudanças e tem um enorme impacto na vida pessoal e familiar dos indivíduos. Mesmo esperado e desejado, se assim o for, o início da vida de um bebé aciona um processo irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família (Colman e Colman, 1994; Relvas, 1996, citados por Leal, 2005). Pela última afirmação, compreende-se o quão complexo é o momento do pós-parto, podendo vir a tornar-se num momento mais tenso, constituindo-se, no pior dos cenários, como o catalisador de alterações psicopatológicas na mulher que acabou de ser mãe. Tendo em conta a elevada incidência destas alterações, o meu grande interesse nesta temática, assim como a fraca resposta dada neste âmbito pelo serviço nacional de saúde, a elaboração do presente relatório de estágio decorreu com vista a atingir a supracitada finalidade, tentando responder de forma clara, objetiva e fundamentada à seguinte questão de partida: *Quais são os componentes para desenvolver um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto?*

Atendendo a toda a motivação, pesquisa, estudo e trabalho que me assiste neste âmbito, espero que o presente relatório reflita toda a minha dedicação e aprendizagem ao longo do percurso concretizado, e que o programa elaborado, possa servir como modelo a outros profissionais de saúde, ou simplesmente como um molde e/ou uma fonte de conhecimento que catalise o interesse dos demais profissionais de saúde pela área de saúde mental perinatal.

## 1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

*“Children are the future of society  
and their mothers are guardians of that future.”*  
The World Health Report (2005)

Considerando ao meu forte interesse na busca por conhecimentos dentro desta área, a pertinência da elaboração de um projeto e de estágios dentro deste âmbito, torna-se compreensível. Assim sendo, procedi a uma revisão da literatura com o intuito de responder à seguinte questão de partida: *Quais são as alterações psicopatológicas que as mulheres podem desenvolver no pós-parto?*

A revisão da literatura que refiro, e que Fortin (2009, p.86) identifica como sendo indispensável para definir bem o problema e tomar conhecimento sobre o que se sabe atualmente sobre esse mesmo problema, consiste em “inventariar, com a ajuda de técnicas de pesquisa documental, a informação respeitante à questão preliminar que foi anunciada, tendo em vista saber o que foi escrito sobre o tema e adaptá-lo ao estado atual dos conhecimentos”. Para tal, consultei vários dados obtidos nas seguintes fontes de informação que descrevo no seguinte quadro:

**Quadro 1.** Fontes de informação

Peritos	Literatura Cinzenta	Teses	Organizações	Revistas científicas	Websites Governamentais	Livros	Bases de dados
Programa Bem-Estar Perinatal	Google Scholar	Várias	PANDA	Pensar Enfermagem	DGS; NHS; NICE	Vários	Cinahl

De todas as fontes, saliento a informação obtida através do contacto com a organização *Perinatal Anxiety & Depression Australia* (PANDA) (uma das organizações internacionais que mais trabalho tem feito na área da saúde mental perinatal e cuja informação adveio do respetivo site e do contacto via *email* – Apêndice 2) e o encontro com peritos e interessados no tema, nomeadamente com a equipa de investigação do Serviço de Psicologia Médica da Universidade de Coimbra, que integra um departamento alusivo à investigação na área de saúde mental perinatal

desde há cerca de 10 anos. Contactei-os para saber que artigos/documentos me aconselhavam a ler de forma a aprofundar os meus conhecimentos na área e acabei por me reunir com os respetivos em meados de março de 2016. Falámos sobre algumas publicações que tinham realizado e integrei uma das sessões de um programa que se encontram a desenvolver dentro da área – Programa Bem-Estar Perinatal (Apêndice 3).

Após a consulta dos vários documentos obtidos, assim como da sua leitura e análise posso constatar que são várias as alterações psicopatológicas que as mulheres podem desenvolver no pós-parto, especialmente se considerarmos o descrito nos manuais de diagnóstico afetos às perturbações mentais (DSM-5 e a ICD-10):

**Quadro 2.** Alterações psicopatológicas desenvolvidas pelas mulheres no pós-parto.

Especificador	DSM-5	ICD-10
“Com início no pós-parto”	- Espectro da Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (Perturbação Psicótica Breve)	
	- Perturbação Bipolar e Perturbações relacionadas; (Perturbação Bipolar Tipo I e Perturbação Bipolar Tipo II)	
	- Perturbações Depressivas (Transtorno Depressivo Persistente – Distímia)	
“Com início no periparto”	- Perturbação Bipolar e Perturbações relacionadas; (Perturbação Bipolar Tipo I e Perturbação Bipolar Tipo II)	
	- Perturbações Depressivas (Transtorno Depressivo Persistente - Distímia)	
	- Perturbação Obsessivo-compulsiva e Perturbações relacionadas	
Perturbações ligeiras associadas ao puerpério		Depressão Pós-Parto
Perturbações mentais e comportamentais graves associadas ao puerpério, não classificadas noutra lugar		Psicose Puerperal

Consultando a DSM-5 e a ICD-10 verifica-se a ausência de um grupo de perturbações específicas para a gravidez e para o pós-parto. Na DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) o que se encontra são dois especificadores

presentes em alguns critérios diagnósticos, integrados no âmbito das diferenças de género, que de acordo com a APA (2013, p.15) “podem influenciar a expressão da doença mental de várias formas (...). Portanto, um especificador de início no pós-parto (...) reflete um período de tempo dentro do qual a mulher pode correr maior risco para o início de um episódio da doença”. O especificador “com início no pós-parto”, reflete o início de uma perturbação durante a gestação ou em quatro semanas após o parto, e o especificador “com inicio no periparto” reflete uma perturbação que inicia na gravidez e que se mantém no pós-parto (APA, 2013). Na ICD-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016), pode-se encontrar dentro das perturbações mentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos, o subcódigo F53.0, que engloba as perturbações mentais associadas ao puerpério, não classificadas noutra local, classificando o puerpério como o período que alberga as seis primeiras semanas após o parto. Também a Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2015, p.77), está em concordância com o período descrito como puerpério, definido pela ICD-10, referindo que o puerpério “é o período de recuperação física e psicológica da mãe que começa imediatamente a seguir ao nascimento do(s) recém-nascido(s) e se prolonga por 6 semanas pós-parto (42 dias).”

De acordo com Macedo & Pereira (2014) a saúde mental perinatal debruça-se sobre a saúde mental da mulher desde a concepção até ao fim do primeiro ano após o parto e algo que Pereira (2008) evidência, e que me parece importante salientar, é o facto de existirem problemas metodológicos que tornam pouco clara a duração do período do pós-parto, que para alguns autores corresponde às primeiras seis semanas, e que para outros corresponde aos 12 meses após o nascimento. Tendo em conta o período em que pretendo debruçar o foco de interesse do presente relatório, o período do pós-parto corresponde aos 12 meses após o nascimento.

Em nenhum dos manuais supracitados existe uma categoria diagnóstica para o Blues Pós-Parto (BPP) por serem quadros breves, com disfunção mínima (Macedo & Pereira, 2014). Contudo, de acordo com a APA (2013, p.152), “estudos prospectivos têm demonstrado que sintomas de ansiedade e humor durante a gestação, bem como o *baby blues* aumentam o risco de episódio depressivo *major* após o parto”. Uma afirmação que acaba por validar a importância de se ter em conta esta alteração, referida por alguns autores como um preditor importante do desenvolvimento de outras alterações. Para além destes, Macedo, Pereira & Marques (2014), também

contemplam a Ansiedade Puerperal (AP), como uma perturbação diagnóstica relevante para o período em questão, embora não esteja referida como tal nos manuais de diagnóstico. Para os últimos autores a apresentação tradicional da classificação diagnóstica deste tipo de alterações inclui um espectro de reações emocionais limitado ao período do pós-parto, que num extremo menos grave integra o BPP, no meio a DPP e no extremo oposto, mais grave, a Psicose Puerperal (PP). Segundo Pereira (2008, p.13) consoante o “número e tipo de fatores de risco, assim a mulher cairá numa das áreas do espectro, terá diferentes sintomas, condições mais ou menos graves, e portanto, necessidades de tratamento diferentes”. Tendo em consideração a pesquisa e estudo realizados sobre a presente matéria, elaborei um documento que aborda de forma mais aprofundada cada uma das alterações psicopatológicas no pós-parto (Apêndice 4).

## 2. PERTINÊNCIA DO PROJETO

*“(...) as perturbações do puerpério não podem ser tratadas como se não acontecessem na sequência do nascimento do bebé (...)”*

Figueiredo (2001, p.180)

Segundo a DGS (2005), no período perinatal, mais precisamente na gravidez e no pós-parto, a mãe adquire uma nova identidade: deixa de ser só uma mulher, uma filha dos seus pais, passando também a ser a mãe do seu próprio bebé. Esta caracteriza-se por ser uma mudança que exige uma aprendizagem e uma forte preparação psicológica, tornando este período, muito exigente a nível psicossocial, sendo necessário que “(...) a mãe disponha de um ambiente protector e de suporte afectivo” (DGS, 2005, p.6). Como tal, não admira que de acordo com Macedo & Pereira (2014) o risco de uma mulher ser admitida num serviço de psiquiatria, devido a qualquer tipo de perturbação mental, seja mais elevado nos primeiros 12 meses após o parto do que em qualquer outro momento da sua vida. Ainda de acordo com os últimos autores, o suicídio não só está classificado como sendo a principal causa de mortalidade materna desde a concepção até ao primeiro ano após o parto, como existe um risco 70 vezes maior no primeiro ano após o parto em mulheres com doença mental grave prévia. Em virtude do respetivo quadro, os filhos, os conjugues e as próprias mulheres afetadas estão em risco, quer por negligência ou incapacidade para a prestação de cuidados, quer devido à influência das alucinações e dos delírios.

Mesmo após a apresentação de alguns dos vários dados associados à temática em questão, a verdade é que a saúde mental perinatal é uma área que tem sido descurada, e facilmente conseguimos compreendê-lo se verificarmos que na gravidez e no pós-parto este tipo de problemas são frequentemente subdiagnosticados e não tratados apesar das mulheres responderem bem aos tratamentos neste período (*National Institute for Health and Care Excellence [NICE]*, 2014). Para além disto, no nosso país estas mulheres são internadas em unidades psiquiátricas gerais sem um tipo de resposta adequada para a sua condição psiquiátrica e para o tipo de intervenções do mesmo âmbito que são necessárias à sua reabilitação. Por exemplo, o desenvolvimento das *Mother and Baby Units* que, “(...) em Inglaterra e na Austrália trouxeram grandes avanços à investigação desta problemática e, consequentemente,

aos cuidados prestados às mulheres afetadas e respetivas famílias” (Macedo, Pereira & Marques, 2014, p.5), são exemplos do quão importante é haverem respostas diferenciadas para esta fase da vida da mulher, onde, através de profissionais especializados, e estruturas adequadas, se possam fornecer cuidados adequados às mães, aos bebés e às respetivas famílias.

Segundo o *National Health Service* (NHS) (2016, p.1-2) em Inglaterra, no período perinatal há maior necessidade de haver um atendimento rápido e eficaz, uma vez que,

um problema de saúde mental durante o período perinatal não só tem o potencial de afetar adversamente a mãe, mas também ter consequências duradouras para seu filho em desenvolvimento. Estes podem incluir problemas emocionais e comportamentais, atraso no desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo reduzido, interações prejudicadas mãe-bebé e um risco aumentado de conflito parental e desagregação de relacionamento.

Motivo pelo qual, também a separação entre mãe-bebé pode ter sérios efeitos sobre a sua relação e “(...) ser difícil de reverter” (NHS, 2016, p2). Também Pereira (2008) assevera o acima descrito, referindo que alterar esta atitude é fundamental para ajudar a mulher a lidar com as dificuldades associadas à maternidade.

Dentro do mesmo segmento, se analisarmos o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) que tem como objetivo geral “definir o conjunto de recomendações e intervenções adequadas na pré-conceção, na gravidez e no puerpério” (DGS, 2015, p.17) verificamos que, de facto é evidenciada a importância de se avaliarem várias questões relacionadas com a saúde mental perinatal nos vários contactos existentes com os profissionais de saúde durante a gravidez e no puerpério. Tal, é facilmente observável, em especial, no âmbito da consulta de puerpério, onde se apura a importância descrita de que “os profissionais de saúde devem ter especial atenção à relação emocional mãe/pai/criança, à qualidade de vinculação, à deteção de sinais e sintomas de maus-tratos (...)”, havendo também, no “Guia da consulta do puerpério” (DGS, 2015, p. 89) a existência de itens que contemplam a “avaliação do estado emocional da puérpera” (DGS, 2015, p. 89) e “avaliação da dinâmica familiar” (DGS, 2015, p. 89). Contudo, e apesar da importância dada à avaliação de todos estes parâmetros, não existe nenhum indicador previsto nos atuais sistemas de informação clínica, identificado no respetivo manual, que contemple essa avaliação e monitorização. Ainda de acordo com a DGS (2015,



p.93) a informação recolhida para a avaliação e monitorização do PNVGBR “deve permitir avaliar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados às mulheres em idade reprodutiva e acompanhar os pontos estratégicos do programa”. Para isso, descrevem “indicadores de avaliação do programa” (DGS, 2015, p.94) e “indicadores a desenvolver” (DGS, 2015, p.95), não estando integrado nenhum indicador afeto à avaliação do estado emocional da puérpera.

Algo que precisa de ser mais trabalhado neste âmbito concerne ao facto das mulheres que desenvolvem este tipo de alterações estarem sujeitas a “um forte estigma social associado à doença” (Pereira, 2008, p.10), que também acaba por atrasar os pedidos de ajuda por parte destas mulheres. Macedo, Pereira & Marques (2014), referem que uma das justificações mais frequentemente apresentadas pelas mulheres nestas circunstâncias relaciona-se com o facto de tentarem conformar-se com o mito de que na gravidez e no pós-parto qualquer mulher deve sentir-se feliz, e as mulheres que não sentem esta felicidade, podem desenvolver sentimentos de vergonha, culpa, fracasso ou medo de serem estigmatizadas ou que lhes sejam retirados os filhos por receio de serem vistas como más mães. Segundo Pereira (2008) a consequência mais óbvia do desenvolvimento destas perturbações é o sofrimento pessoal da mulher, nomeadamente, a angústia referida e vivida pela mesma. Muitas destas mulheres alteram os seus planos para terem mais filhos, experienciam maiores dificuldades ao nível da amamentação, vivenciando também inúmeros problemas ao nível das relações conjugais. O isolamento que muitas vezes decorre destes estados pode ser percecionado como um acontecimento potencialmente stressante para o companheiro provocando-lhe sentimentos de confusão, frustração, culpa, incapacidade e rejeição.

Outro facto que também é bastante conhecido consiste na qualidade de interação mãe-bebé durante o primeiro ano de vida que é fundamental para todo o desenvolvimento futuro da criança. Se andarmos alguns anos para trás e tivermos em conta o trabalho de autores como Stern (1992), a dimensão da importância da riqueza da interação mãe-bebé ganha ainda mais espaço, dado que, através dos seus trabalhos várias foram as conclusões que tirou nesse sentido, tais como o facto do “comportamento maternal, é a matéria-prima do mundo exterior com a qual o bebé começa a construir o seu conhecimento e a experiência de tudo o que é humano (...)”. Para isso, a mãe, através de um leque variado de expressões inerentes ao



comportamento verbal e não-verbal regula a interação social com o seu bebé, e o último, começa a construir o seu conhecimento neste âmbito, com base nessa interação. Considerando trabalhos de investigação mais atuais, sabe-se que em comparação com controlos “a interação de mães deprimidas é menos ativa e estimuladora, menos responsiva e afetiva, discordante com os estados emocionais do bebé, mais irritável, intrusiva, insegura e ansiosa” (Pereira, 2008, p.45).

Tendo em conta todos os dados supracitados compreende-se o quão pertinente se verifica o desenvolvimento de um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, considerando a variabilidade de consequências identificadas quer para a mulher, quer para o bebé, quer para o casal e restante família.

### 3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“Ter um filho é um dos acontecimentos mais desafiadores da vida, talvez o maior de todos.”*

Brazelton (1992, p.15)

Ao longo da minha pesquisa, estudo e elaboração do presente relatório várias foram as informações que convergiram numa certeza: a que ter um filho é de facto um dos acontecimentos mais desafiadores da vida. E o início da maternidade, um momento que pode ser bastante perturbador do ponto de vista biopsicossocial para uma boa parte das mulheres, ao contrário do que para muitas seria expectável. Também aqui Canavarro (2001) assevera o descrito, referindo que a adaptação à maternidade acaba por traduzir a capacidade para superar as tarefas desenvolvimentais, fundindo-as na capacidade de cuidar e educar uma criança, contribuindo para o seu desenvolvimento harmonioso e pessoal, o que poderá ficar comprometido caso essa adaptação não ocorra da forma mais adequada. O próprio conceito de “adaptação à maternidade” remete-nos para um momento complexo, vulnerável e de transição. Motivo pelo qual decidi enquadrar a presente temática na teoria das transições de *Afaf Meleis*, e na teoria do cuidar baseado nas forças de *Laurie Gottlieb*, que identificarei de seguida.

#### 3.1. Tornar-se mãe: uma transição multidimensional

Tornar-se mãe, caracteriza-se por ser uma transição que envolve um conjunto de dimensões percecionadas, ou não, pela própria e que influenciam fortemente a mulher e o mundo que a rodeia. Algo que é asseverado por Mercer (2004), citada por Lowdermilk & Perry (2008, p.531), que nesta sequência, sugeriu o emergir do conceito “tornar-se mãe” que significa “a transformação e o crescimento da identidade materna”. Este conceito implica muito mais do que o cumprir de um papel. Integra de igual forma a aprendizagem de novas competências e a ampliação de confiança em si própria à medida que enfrenta novos desafios nos cuidados com o respetivo filho. Quando nomeamos o conceito de “transição”, rapidamente nos surge a teoria das transições elaborada por *Afaf Ibrahim Meleis* que em muito tem contribuído para se

compreender a importância do profissional de enfermagem na promoção de autonomia e do bem-estar aquando do confronto com determinadas transições na vida dos indivíduos.

A Teoria das transições desenvolve-se em torno de quatro grandes conceitos: natureza da transição, condições para a transição, padrões de resposta e terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). No que se refere à natureza da transição, estas podem ser classificadas quanto ao tipo (desenvolvimental – associadas a mudanças no ciclo vital – saúde/doença, situacional - relacionadas com acontecimentos que originam alterações de papéis – e organizacional), aos padrões (podendo ser únicas ou múltiplas, sendo que estas, podem ser simultâneas, sobrepostas e estarem ou não relacionadas) e propriedades (havendo necessidade de compreender se há envolvimento, mudança, flutuações, consciência da transição, se há/quais são os pontos críticos, assim como o seu término) (Meleis 2010). No que concerne às condições para a transição, estas podem ser inibidoras ou facilitadoras e estão relacionadas com a componente pessoal, comunitária e com a sociedade. No que respeita aos padrões de resposta, aqui a autora identifica determinados indicadores de progresso (sentir-se conectado, interagir, localização e estar situado e desenvolvimento de confiança e *coping*) e de resultado (domínio das competências e comportamentos necessários para gerir as situações e ambiente, e reformulação de identidade) com o objetivo de se avaliar o quão saudável está a ser o processo de transição. Assim, por *transições*, compreende-se a passagem de um estado completamente estável para outro igualmente estável, estando subjacentes, pontos de mudança, os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações, que conduzem a novas autoconceções (Meleis, 2010).

Para Meleis (2010), o período de transição é um conceito central para a disciplina de enfermagem, uma vez que, os encontros com os doentes ocorrem com frequência nos períodos de instabilidade da transição precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais e de saúde-doença, sendo que, esse tipo de mudanças poderá produzir profundas alterações na vida dos indivíduos. Neste sentido, o enfermeiro pode e deve atuar nos períodos antecipatórios, de preparação para a mudança de papéis e de prevenção dos efeitos negativos sobre o indivíduo. Ao prestar cuidados baseados num modelo de transição, o enfermeiro aumenta as possibilidades de ajuda ao indivíduo, não focando apenas a cura. O importante é

fornecer suporte a uma pessoa que se encontra em transição, auxiliando-a a proteger e a manter a sua saúde para o futuro. O objetivo da intervenção de enfermagem é cuidar dos clientes, criando condições condutivas a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico integral. Nesta sequência de pensamento, a maternidade pode ser um dos mais exigentes papéis sociais em termos físicos e mentais que as mulheres encontram nas suas vidas. No entanto, não basta querer ser mãe. Há que tornar-se mãe, e para isso, há que passar por um processo de transição, que pressupõe um processo mental complexo cujo grau de sucesso determina o seu bem-estar. Tornar-se mãe assume-se como uma transição particularmente crítica, não só por ser permanente, mas também pelas implicações que existe, quer na saúde dos pais, quer na das suas crianças. A transição para a maternidade, no que se refere à sua natureza, segundo Meleis (2010) enquadra-se no tipo desenvolvimental e situacional, isto porque, é exigido aos pais a capacidade de se adaptarem aos diferentes estádios desenvolvimentais da criança, assim como, se encontra relacionada com os eventos críticos que possam surgir no decorrer do processo de tornar-se mãe. Também Canavarro (2001) assevera o anteriormente descrito, referindo na sua obra que o nascimento de um filho exige reorganizações pessoais e relacionais profundas. Por uns, pode ser encarada como uma situação de crise, por outros, de *stress* e, ainda por outros, como uma transição desenvolvimental. Considerando as questões relacionadas com o *stress*, segundo Meleis (2010), aquando da transição focaliza-se a atenção nas exigências que a mudança impõe e que se constituem como fonte de *stress* para a pessoa, de tal modo que o resultado do processo pode ser positivo ou negativo em termos desenvolvimentais. O *stress* surge quando a relação entre a pessoa e o seu meio é por ela percecionada como excedendo os seus recursos e fazendo ameaçar o seu bem-estar.

É também interessante constatar que, de acordo com Meleis (2010), a transição para a maternidade é um dos maiores eventos promotores de desenvolvimento da vida de uma mulher. A transição requer metas de reestruturação, comportamentos e responsabilidade para atingir um novo conhecimento do “eu”. Só pela acima descrita conceção se consegue compreender, embora que de uma forma bastante generalizada, o quão complexo é o processo do “tornar-se mãe”, mesmo quando estamos perante uma escolha consciente e responsável por este caminho. Tornar-se mãe e desenvolver o respetivo papel ao longo da conceção, gravidez e pós-parto

requer uma série de adaptações já descritas por alguns autores e que envolve um conjunto de ajustes biológicos, psicológicos, e sociais necessários ao seu desenvolvimento. No esquema em apêndice (Apêndice 5), articulei o modelo de médio-alcance de Meleis (2010) com a transição para a maternidade, tendo em conta os conceitos descritos no presente subcapítulo.

### **3.2. O cuidar em enfermagem baseado nas forças das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto.**

Tendo em conta a exploração de conceitos realizada ao longo deste enquadramento teórico, compreender a transição para o papel maternal, assim como compreender que essa transição poderá traduzir-se num momento de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de alterações psicopatológicas após o parto, é fundamental para poder avançar com um programa nesta área. Contudo, ao longo das minhas pesquisas apercebi-me que ter os últimos conceitos explorados e desenvolvidos poderia não ser suficiente aquando da elaboração do respetivo programa. E assim sendo, quando me deparei com o modelo de *Laurie Gottlieb* que foca o “Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”, a curiosidade para compreender do que se tratava, levou-me a explorar o mesmo e a perceber de imediato o quão este modelo converge com o desenvolvimento de um programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, associado ao conceito de transição para a maternidade.

O cuidado baseado nas forças é uma abordagem que também vê a pessoa de forma holística centrando-se naquilo que a pessoa consegue fazer melhor, no que está a trabalhar e a funcionar bem, assim como nos recursos de que as pessoas dispõem e que as ajuda a lidar de forma mais eficaz com a sua vida, saúde e desafios dos cuidados de saúde (Gottlieb, 2016). Este modelo assenta em quatro abordagens para reorientar a prestação de cuidados de saúde (cuidar centrado no doente/pessoa/família/relação; o movimento do *empowerment* do doente/pessoa; promoção da saúde, prevenção das doenças e autocuidado; parceria colaborativa nos cuidados) e vem confrontar o modelo biomédico que acaba por estar mais focado na patologia (nos défices, de acordo com a autora), despersonalizando o indivíduo que

precisa de cuidados. O modelo biomédico leva a que o foco da atenção dos profissionais de saúde seja o diagnóstico médico (Pearson & Vaughan, 1986). Segundo Gottlieb (2016, p10) este diagnóstico “envolve a compreensão da natureza e significado dos sinais e sintomas e focar apenas o diagnóstico tem os seus riscos: a pessoa será conhecida pelos seus sinais e sintomas e não pela sua *personalidade*”. Pessoalidade é um termo utilizado por McCormack (2006) que refere que o cuidado centrado na pessoa acontece quando os profissionais e a instituição de saúde conservam a centralidade da pessoa doente, na tomada de decisão clínica. Esta pessoalidade, segundo Gottlieb (2016, p.17) consiste no “direito que as pessoas têm de ter os seus valores e crenças respeitados”. Cuidar em enfermagem de forma centrada no doente, exige que os enfermeiros reconheçam os seus doentes como seres únicos a fim de serem capazes de promover a sua recuperação e ajuda-los a regressar a uma melhor condição de saúde (Gottlieb (2016).

Também o movimento de *empowerment* vem sustentar este modelo, uma vez que tem em conta que os profissionais de saúde criam as condições que permitem as pessoas adquirirem competências necessárias para promover o seu próprio *empowerment*, englobando a crença de que as pessoas, e não os profissionais de saúde, se podem capacitar (Gottlieb, 2016). De acordo com Cabete (2012) *empowerment* pode ser considerado um conceito dinâmico, transacional focado nas pessoas e no seu meio ambiente com vista à sua autoafirmação individual.

Tendo em conta a visão de Gottlieb (2016) de que se deve investir atualmente na educação e nas determinantes de saúde que afetam as escolhas dos estilos de vida dos indivíduos, acaba por fazer sentido uma abordagem também centrada na promoção da saúde, prevenção da doença, com foco no autocuidado, nomeadamente, em questões relacionadas com autonomia, autodeterminação e independência. Para Gottlieb (2016) uma cultura de promoção da saúde, prevenção da doença e autocuidado tem como premissa a crença de que as pessoas podem mudar os seus comportamentos de saúde, e que elas possuem em si, o poder de mudança.

A parceria colaborativa inscreve o quarto eixo que sustenta o respetivo modelo implicando que, em vez de a pessoa ser um recetor passivo de cuidados, torna-se também um parceiro no próprio cuidado, colocando de lado a postura paternalista em que o prestador de cuidados de saúde, sabe o que é o melhor para a pessoa e espera

que a mesma cumpra o regime terapêutico prescrito (Gottlieb, 2016). Segundo a autora, isto não significa que o enfermeiro transfira a responsabilidade para a pessoa. Significa que o mesmo “a ouve, reconhece a sua experiência e juntos elaboram um plano de cuidados à medida dos objetivos, necessidades, preferências e estilo de vida e as circunstâncias da pessoa e da família” (Gottlieb, 2016, p.23).

Estas abordagens têm como objetivo criar um sistema de saúde mais humano que coloca as pessoas em primeiro lugar e que responde às suas necessidades. Segundo Gottlieb (2016) o cuidado baseado nas forças não tem a intenção de ignorar ou negar o problema da pessoa. Sabendo que há um problema, o enfermeiro debruça-se sobre o uso de forças do indivíduo para contrabalançar, conter ou minimizar os pontos fracos, permitindo que o que está bem, funcione eficazmente. Trabalhar com as forças capacita as pessoas, de modo a que estas lidem, recuperarem, curem e descubram um novo propósito e significado de vida. Um conceito que me marcou considerando o propósito do programa que intento desenvolver.

No esquema que se encontra em apêndice (Apêndice 6), realizei um resumo que articula o modelo “Cuidar Baseado nas forças” de *Laurie Gottlieb* com as orientações para o cuidado de enfermagem de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto.

## **4. UM PERCURSO *INSIDE OUT* EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

*“Para viver uma vida criativa devemos perder o medo de errar.”*

Joseph Chilton Pearce

Vários foram os desafios inscritos no meu percurso até chegar à elaboração do presente relatório. A motivação para caminhar no sentido deste caminho profissional, assim como a dedicação para o tornar real, fazendo com que os benefícios do último possam ser sentidos pelo máximo de mulheres e respetivas famílias possível, tem sido uma máxima desde há alguns anos para cá.

Passando pela experiência da maternidade, muitas vezes me questioneei sobre como seria a experiência de pós-parto de outras mulheres que já haviam passado pela mesma, e uma série de questões albergavam na minha mente. Foi então que decidi aproveitar o momento para criar um espaço *online* dedicado a esta temática. Mais precisamente, criei um blogue que intitulei como “Mulher, Filha & Mãe” exatamente pela importância da gestão destes papéis no pós-parto. Um espaço que pretendi que fosse livre de preconceito e especialmente dedicado à exposição e debate de temáticas inerentes à saúde mental perinatal. Um espaço que pretendi que contivesse informação fidedigna sobre o tema, e que as pessoas pudessem consultar de forma livre, podendo esclarecer as suas questões sobre o tema, quando o pretendessem. Rapidamente o blogue ganhou visibilidade e várias foram as mulheres e respetivas famílias que partilharam comigo as suas vivências inerentes ao tema. No entanto, e após o confronto com a sensação de que não conseguia dar resposta a alguns dos pedidos de ajuda que me chegavam, decidi ingressar no presente curso, na esperança de conseguir aprofundar mais os meus conhecimentos sobre saúde mental e psiquiatria perinatal, conhecer redes de apoio e profissionais especializados no tema com quem pudesse aprender e trabalhar em parceria, de forma a dar resposta a estas mulheres e respetivas famílias. Após o primeiro ano de mestrado, recheado de várias e ricas aprendizagens de uma forma geral, havia chegado o momento de elaborar o requisitado projeto de estágio para definir parte do trajeto que gostaria de percorrer ao longo do período de estágio, e posteriormente, chegou o momento de



concretização dos estágios. Todos estes momentos foram vivenciados de forma bastante motivada, especialmente sabendo, que o contacto com esta realidade profissional inserida no âmbito da saúde mental perinatal, assim como o encontro com as respostas às várias questões que me incentivaram a integrar no presente curso, estaria para breve.

Neste capítulo pretendo descrever e demonstrar como é que este percurso, pelos estágios, foi desenvolvido por mim tendo em conta o planeado no projeto de estágio, e o efetivado ao longo dos estágios.

#### **4.1. O contributo dos estágios para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental**

Atendendo à necessidade de articulação entre o projeto de estágio e os locais de estágio, optei por realizar dois estágios em serviços que, dentro das suas especificidades, dão resposta a problemas do foro da saúde mental e psiquiatria. Um dos locais, para além de outros focos de atenção e intervenção, integrava também respostas no âmbito da saúde mental da mulher na gravidez e no pós-parto.

Algo que me parece importante salientar centra-se no facto do momento afeto à concretização dos estágios, no âmbito do presente curso, ser um espaço específico no decorrer da vida profissional do enfermeiro, propício à aquisição de novas aprendizagens, e como tal, fecundo de um espaço favorável, e à partida, catalisador do desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2),

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

No meu caso particular, no domínio da saúde mental e psiquiatria. Segundo a OE (2010, p.1) o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria “(...) foca-se

na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração, ou doença mental”, sendo que, “na especificidade da prática clínica (...) são as competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular (...)”. Para tal, a OE (2010, p.3) identifica e descreve as quatro competências específicas dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria integradas no Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, designadas por,

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto – conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Apesar da realização dos estágios ter como foco central o desenvolvimento das supracitadas competências, algo que tive consciência desde o início é que provavelmente, umas seriam mais desenvolvidas do que outras, e que o seu desenvolvimento e aperfeiçoamento continuariam com o tempo e com a experiência neste domínio e campo de atuação.

Tal, demonstra a importância de evidenciar o facto do conceito de competência não se limitar a um conjunto de conhecimentos teóricos e empíricos, nem ser um estado, mas sim, um saber agir responsável e reconhecido que implica uma série de ações conceptuais como a mobilização, integração, transferência de conhecimentos, recursos e habilidades, que contribuam para acrescentar valor económico à organização e valor social ao individuo, de acordo com o que foi estudado e descrito por Fleury & Fleury (2001). Também para Hesbeen (2001), a aquisição de competências não é algo estanque, mas sim dinâmico, com o qual o individuo se relaciona, sendo que, a sua obtenção não apresenta carácter definitivo, tendo de haver um constante contacto com a prática, e portanto, com uma organização.

Tudo isto me faz refletir sobre o facto de que, embora o foco dos estágios se centre no desenvolvimento das supracitadas competências, não é por si só a concretização dos estágios, que irá fazer com que as mesmas sejam totalmente adquiridas e se mantenham à posteriori. Foi muito relevante a passagem pelos estágios, mas será importante também a continuidade do trabalho no âmbito da saúde mental e psiquiatria, considerando todos os contributos dos estágios, e do curso em si, para a manutenção e evolução das respetivas competências.

#### **4.2. Atividades Planeadas**

Foram várias as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. Contudo, houve algumas – tendo em conta as tarefas que me propus desenvolver no projeto de estágio (Apêndice 1) – que não foram realizadas e que estavam planeadas (Apêndice 7), e outras, que não estavam planeadas e que foram realizadas (Apêndice 8). Tal, ocorreu por vários motivos de ordem pessoal e profissional, especialmente devido ao grande volume de trabalhos a realizar ao longo do estágio, assim como, devido à sua gestão associada à vida profissional e familiar paralela. Como tal, parece-me pertinente evidenciar o descrito por Roldão (1992, p.44) que refere que o planeamento de um projeto deve integrar dinamismo e interatividade, e permitir “antecipar problemas”, sendo que, “o objetivo real não é o cumprimento do plano, mas sim a conclusão do projeto da melhor forma possível” (Roldão, 1992, p.44), mesmo que para tal, o planeamento tenha de sofrer alterações no decorrer a consecução do projeto. Tal, acabou por ser verificado ao longo do estágio, e nos próximos subcapítulos serão descritas as atividades desenvolvidas, que estavam e que não estavam planeadas, em contexto comunitário e de internamento.

#### **4.3. Atividades desenvolvidas**

Foram várias as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios e que contribuíram para o desenvolvimento das competências supracitadas. No entanto, e tendo em conta o âmbito de cada local de estágio – comunidade e internamento –

claramente que ambos tiveram diferentes contributos na consecução dos objetivos inicialmente traçados. Como tal, vou abordar as várias atividades desenvolvidas, separadamente, atendendo aos respetivos locais de estágio.

#### 4.3.1. Atividades desenvolvidas em contexto comunitário

Atendendo ao quadro que identifica as atividades realizadas em contexto comunitário associadas ao desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde mental (Apêndice 9), pode-se constatar o quão fértil foi o presente local de estágio, no que concerne ao desenvolvimento de atividades tão diversas. Para além disso, várias foram as oportunidades que tive para que, junto da população-alvo do Programa AMA, e junto de uma população integrada no âmbito da primeira infância, pudesse desenvolver muitas das atividades planeadas, e realizar outras, que foram emergindo como pertinentes ao longo do percurso de estágio. Considerando todas as competências e atividades identificadas e acima descritas (Apêndice 9), vários foram os critérios de avaliação tidos em conta inerentes à minha avaliação sobre o desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental. Desta forma, para fundamentar de forma mais aprofundada o trabalho inerente às competências de enfermeiro especialista em saúde mental ao longo dos estágios, elaborei um quadro que resume a minha avaliação deste processo e onde constam as atividades desenvolvidas correspondentes às unidades de competências (que considero terem sido desenvolvidas) e critérios de avaliação associados (Apêndice 10), segundo o Regulamento das Competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental. Nas secções seguintes, e de forma mais organizada, descrevo de forma mais aprofundada as atividades desenvolvidas em contexto comunitário.

##### 4.3.1.1. Participação nas consultas

Logo no início do estágio foi possível assistir a várias consultas direcionadas à população-alvo do Programa AMA, e não só. Inicialmente o grande objetivo era observar e refletir sobre os diagnósticos de enfermagem no âmbito da saúde mental

para serem discutidos à priori com a enfermeira orientadora, sendo que, com o passar do tempo, comecei a ser cada vez mais interventiva nas consultas. De acordo com Gordon (1987) citado por Chalifour (2009, p.151) o diagnóstico de enfermagem deve compreender três tipos de informação – o problema que o enfermeiro observa no cliente, os motivos que aparentam estar associados, e as suas primordiais manifestações – sendo que, “para facilitar esta formulação, vários autores de cuidados de enfermagem psiquiátricos propõem a utilização dos diagnósticos da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (...)”. O aumento da consciência de mim na relação com o outro, também foi evoluindo há medida que me fui conhecendo melhor, há medida que ia conhecendo melhor os clientes, e tal, foi influenciando, da mesma forma, a minha participação nas respetivas consultas. Também Chalifour (2009) assevera o anteriormente descrito referindo que o terapeuta deve estar consciente das suas características pessoais e da forma como elas emergem na relação com o outro e que deve “deixar-se habitar pelas imagens que emergem como figura na relação, prestando atenção simultaneamente ao que diz o cliente, ao modo como o diz, ao que se passa entre eles e ao que se passa em si-mesmo” (Chalifour, 2009, p.25), sendo “esta qualidade de presença” (Chalifour, 2009, p.25) que lhe permite estabelecer um diagnóstico sobre o funcionamento global do cliente e intervir em função das dificuldades por si percecionadas, favorecendo “neste último um maior conhecimento e aumento de consciência de si-mesmo” (Chalifour, 2009, p.25) .

Foi numa destas consultas que tive a oportunidade de conhecer o caso da Mariana (nome fictício), pelo qual desde cedo me interessei, e que selecionei para realizar um estudo de caso – uma atividade requerida no âmbito do estágio e planeada por mim inicialmente (Apêndice 1).

#### 4.3.1.2. A escrita expressiva como mediador terapêutico

Conheci a Mariana numa das consultas a que assisti logo no início do estágio. Lembro-me perfeitamente do momento. Eu estava a entrar no gabinete e a Enfermeira perguntou à Mariana (que já lá estava, sentada em frente à secretária) se autorizava a minha presença na consulta, ao que esta disse que “sim”, olhando para mim, esboçando um pequeno sorriso, mas sem grande expressividade no olhar. Ao

observá-la, vi uma mulher com uma postura curvada – que manteve praticamente todo o tempo de consulta – roupas muito simples, sem adornos/maquilhagem, pouco cuidada, uma atitude desconfiada/reservada, humor depressivo, idade aparente não coincidente com a idade real – parecia mais velha – e lembro-me que apresentou um discurso maioritariamente monossilábico ao longo de toda a consulta, respondendo frequentemente de forma hesitante e sussurrada. Na altura, a Mariana despertou-me tristeza e vontade de a ajudar. Empatizei com a grande carência de recursos que apresentava, associada às necessidades diagnosticadas (Apêndice 11) e considerei que podia acrescentar algo ao plano terapêutico, atendendo aos objetivos do estágio, assim como ao meu grande interesse no âmbito da saúde mental perinatal. Assim sendo, desde o início que me propus a observar atentamente, assim como a participar mais ativamente nas consultas da Mariana, sob a supervisão da enfermeira que me estava a orientar. E após a concórdia de ambas, assim foi.

Através do estudo de caso da Mariana, vários foram os conhecimentos que adquiri, e tal é visível uma vez que a realização deste estudo de caso está associada à facilitação do desenvolvimento de uma grande maioria das competências acima descritas. Através dos diagnósticos de enfermagem de saúde mental que emergiram, da discussão com a enfermeira e docente orientadora, e da finalidade do presente relatório, acabei por intervir de forma mais ativa na promoção da vinculação segura entre a Mariana e o seu bebé, que não só aparentava apresentar uma ligação afetiva muito fraca com o seu bebé quando a conheci, como, entre outros antecedentes, tinha o de uma depressão pós-parto numa gestação anterior, e um risco significativo de desenvolver uma depressão perinatal na presente. Na altura, a Mariana encontrava-se grávida, com 26 semanas de gestação. De acordo com a DGS (2005) a vinculação segura é um tipo de vinculação que se traduz em comportamentos do bebé que demonstram que o mesmo vai adquirindo confiança no ambiente e pessoas que o rodeiam, sentindo-se seguro, e amado pelos que o cuidam, por norma, a mãe, que “responde às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e fiável, reage de forma contingente às manifestações da criança, está disponível física e emocionalmente e tem prazer na interação com o bebé” (DGS, 2005, p.11). Comportamentos fundamentais a desenvolver, não só no pós-parto, mas também ao longo da gravidez, algo que não era observável no caso da Mariana. Tal como Leal (2005, p.36) refere “os bebés de mães deprimidas na gravidez se apresentam

psicofisiologicamente e comportamentalmente menos desenvolvidos à nascença”, sendo estas algumas das fortes consequências do desenvolvimento de uma depressão perinatal observadas nos bebés. Desta forma, para iniciar um trabalho mais dirigido, e tendo em conta um dos grandes interesses da Mariana que auscultei nas primeiras consultas a que assisti – a escrita e a leitura – acabei por aprofundar conhecimentos no mediador *escrita expressiva*, que me pareceu adequado para mediar a intervenção de âmbito psicoterapêutico e fomentar a relação terapêutica com a Mariana, de forma a obter os resultados pretendidos. Assim, refletindo sobre o facto de que muito brevemente iria intervir de forma mais ativa e autónoma nas consultas, comecei a pesquisar sobre que mediadores inerentes à escrita e à leitura haviam e que pudessem ser úteis na intervenção com a Mariana, tendo em conta o seu principal objetivo. Foi assim que encontrei alguns artigos relacionados e mais direcionados para o tema. Elaborei um resumo sobre o paradigma da escrita expressiva descrita pelos autores (Apêndice 12) e realizei sob supervisão da enfermeira e docente orientadora, um plano de sessões de intervenção individual mediadas pela escrita expressiva (Apêndice 13) no seguimento da elaboração do plano de cuidados de enfermagem em saúde mental (Apêndice 11) e atendendo ao paradigma da escrita expressiva. De acordo com Pennebaker & Chung (2007) a escrita expressiva é um método que permite às pessoas reorganizarem-se e assimilarem experiências adversas a vários níveis. Neste sentido, a literatura sugere que os indivíduos que utilizam a escrita expressiva para se confrontarem com as suas experiências ou memórias traumáticas, através deste método, adaptam-se melhor a acontecimentos stressantes, sendo que, “nas últimas décadas, os mesmos autores desenvolveram investigação nesta área e constataram que colocar em palavras escritas uma experiência marcante se traduziu em melhorias do estado de saúde física e psicológica.” (Figueiras & Marcelino, 2008, p. 327). Relativamente às alterações psicopatológicas no pós-parto, Blasio & Camisaca (2015) referem que os resultados do estudo que fizeram sobre a influência da escrita expressiva na diminuição da depressão e sintomas ansiosos após o parto, foram sugestivos de que a escrita expressiva, um mediador de baixo custo, pode ser útil enquanto intervenção precoce em mulheres de forma a prevenir a angústia no pós-parto.

O que me apercebi ao longo da realização das intervenções individuais com a Mariana, é que a escrita expressiva foi um mediador que facilitou a minha abordagem



em consulta, assim como o desenvolvimento da relação terapêutica com a Mariana, e mesmo que nem sempre tenha cumprido na íntegra o paradigma da escrita expressiva tal como é descrito pelos autores, a sua utilização promoveu a reflexão sobre outras temáticas, fora da consulta, que acabavam por ser abordadas em consulta, também pela iniciativa da Mariana.

De acordo com Gardner (2010) citado por Pereira & Botelho (2014, p.67) “a relação terapêutica é um processo que se desenvolve por fases desde um nível mais superficial ao mais profundo até que se estabeleça a aliança terapêutica”, e embora não considere que tenha desenvolvido uma aliança terapêutica com a Mariana ao longo do estágio, considero que desenvolvi uma relação terapêutica. Pois, tal como Pereira e Botelho (2014, p.71) referem, este nível de relação é pautado pelo desenvolvimento de uma “parceria; gestão emocional e intimidade intelectual; de estar presente; de desenvolver compreensão mútua, pressupondo a existência de uma ligação vital (...). Enquanto processo recíproco (...) são as necessidades do paciente que guiam a relação terapêutica”, sendo estes conceitos que considero que espelham a relação que desenvolvi com a Mariana, na sua grande maioria, e que ainda hoje se mantem.

A este nível é fundamental ter sempre presente os limites profissionais na relação com o paciente (Pereira & Botelho, 2014), o que se foi constituindo um desafio em determinados momentos, pelo que senti com frequência a necessidade de refletir conjuntamente com a enfermeira e docente orientadora, assim como estar mais consciente de mim na relação com o outro e de fomentar o meu autoconhecimento ao longo do estágio. Tal como Townsend (2011, p. 122) refere, na relação enfermeiro-paciente é fundamental que o enfermeiro entenda “a capacidade e extensão à qual consegue efectivamente ajudar os outros”, sendo esta “fortemente influenciada pelo seu sistema interno de valores – uma combinação do intelecto e emoções”.

#### 4.3.1.3. Reflexões conjuntas

O diálogo constante com a enfermeira e docente orientadora, permitiu-me partilhar as várias dúvidas e questões que foram emergindo ao longo do estágio, sendo um forte contributo para o desenvolvimento do meu autoconhecimento. Através das reuniões semanais que fui tendo com ambas, fui conseguindo ficar mais



consciente de mim na relação com o outro, gerir fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências, e o impacto que as relações com as pessoas com experiência de doença mental tinham em mim. De acordo com Rispail (2003, p.7), tal reflexão/percurso é fundamental para desenvolver o autoconhecimento, sendo que a autora considera que “interrogar-se sobre a representação de si mesmo é uma primeira caminhada, indispensável para quem deseja comunicar melhor, negociar ou posicionar-se de forma mais adequada na relação com o outro”. Também Chalifour (2009) aprofundou este tipo de questões nas suas obras, referindo que o terapeuta necessita de se aceitar tal como é, observando o que vai emergindo ao longo da interação com o cliente, e assumir o risco de utilizar de forma ponderada a informação que deriva das contratransferências, tendo em conta os objetivos da terapia e o cliente, em simultâneo. Apesar deste ter sido um forte contributo e de ter tido um grande impacto em mim ao longo do meu percurso académico, ainda muito há por fazer neste sentido com a continuidade da prática profissional neste âmbito, especialmente no que toca à gestão dos impasses na relação com o outro que Stuart e Laraia (2002, p.14) definem como “bloqueios na progressão do relacionamento entre enfermeira e paciente (...) tem origem em uma série de motivos (...) mas criam, sem exceção entraves no relacionamento terapêutico” provocando sentimentos intensos na enfermeira e no paciente que podem variar entre a ansiedade, apreensão, frustração, amor, raiva, etc. Algo que me leva a evidenciar o referido por Towsend (2011, p.122) relativo ao facto de “a auto-consciência requer que o individuo reconheça e aceite o que valoriza e aprenda a aceitar a singularidade e diferença nos outros”, algo que é “essencial na prática de enfermagem psiquiátrica” e muito importante no quotidiano do profissional de enfermagem, não só para gerir os impasses terapêuticos, mas para evoluir enquanto instrumento terapêutico em si mesmo.

#### 4.3.1.4. Participação nas reuniões multidisciplinares

Foram várias as tipologias de reuniões multidisciplinares que tive a oportunidade de assistir, o que considero que foi muito benéfico no decurso do processo de aprendizagem ao longo do estágio. Tal permitiu-me, não só compreender melhor o papel do enfermeiro especialista em saúde mental no seio da equipa

comunitária que integrei, assim como desfocar-me do campo da saúde mental perinatal, e compreender outras questões que estão para além desse âmbito, e que o envolvem.

#### 4.3.1.5. Diário de campo

O diário de campo consiste num registo que fui realizando ao longo dos estágios, em caderno próprio e exclusivo para colocar notas afetas aos estágios, da minha responsabilidade, e isento de partilha com terceiros. As notas foram realizadas informalmente, com o objetivo principal de organizar a informação que ia colhendo a cada dia de estágio, e de gerir as tarefas que iam surgindo no dia-a-dia dos estágios, de forma a facilitar também a organização de informação para a realização do relatório de estágio.

#### 4.3.1.6. Registos de interação

Uma das atividades que me foi solicitada logo no início do estágio, e que se constituiu um grande contributo em termos de aprendizagem, foi a realização de registos de interação que ocorriam em determinadas consultas na qual estavam presentes as pessoas que recorrem ao serviço por dificuldades diversas no âmbito do desenvolvimento infantil, e cujo objetivo assentava na observação da interação pais/criança de forma sistemática produzindo concomitantemente um registo por escrito dos primeiros minutos de consulta. Esta informação era posteriormente discutida com a orientadora, e algumas eram discutidas em equipa também, onde se procurava avaliar um conjunto de elementos, tais como por exemplo, Silva (2015, p.64) identifica e descreve como,

o uso que a criança faz da mãe/pai como figuras de referência e a resposta dos pais a estes comportamentos; A postura e os movimentos dos pais e a sua adequação; A capacidade dos pais e criança em focarem a atenção em conjunto; Os afetos predominantes durante as interações e sua variação de acordo com as situações e comportamentos específicos; A capacidade dos pais para acalmarem a criança; A capacidade de introduzirem interdições adequadas à idade sem provocarem desprazer na criança; A capacidade da criança para lidar

com a frustração; O conteúdo, a qualidade afetiva e a adequação do discurso livre dos pais; O impacto afetivo no observador.

#### 4.3.1.7. Reflexão de Aprendizagem

A reflexão de aprendizagem que realizei ao longo do estágio, foi realizada através da metodologia do ciclo de Gibbs (1994), e permitiu-me refletir de forma mais aprofundada sobre situações que ocorreram nos locais de estágio e que tiveram impacto em mim. Embora gostasse de ter realizado mais reflexões deste género, e de considerá-las muito necessárias no decorrer do meu processo de aprendizagem, tal não foi possível como já descrevi. A que realizei incidiu sobre a temática das transferências e contratransferências na relação com a pessoa com experiência de doença mental, partindo de uma situação que ocorreu no estágio, e que me fez sentido analisar de forma mais aprofundada.

#### 4.3.1.8. Apresentação à equipa multidisciplinar

Com a chegada do término do estágio propus-me apresentar um trabalho desenvolvido em estágio, bem como projetos futuros, numa reunião de equipa multidisciplinar, com o objetivo de lhes apresentar os contributos que considere que o estágio no respetivo local tinha tido para o meu percurso académico e profissional. Tive a oportunidade de receber feedback de todos os elementos da equipa, especialmente em relação à finalidade do presente relatório de estágio, assim como discutir e esclarecer uma série de questões que se colocaram no âmbito da intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, com a equipa multidisciplinar. Constituiu-se um momento muito rico em termos de aprendizagem e reflexão no âmbito da consecução do presente curso.

#### 4.3.1.9. Trabalhos de investigação

Ao longo do estágio desenvolvi e apresentei um poster científico (Apêndice 14) e realizei uma comunicação oral em dois encontros de cariz científico com o seguinte

tema: *Relato Prático sobre o Projeto Mulher, Filha & Mãe*. Um projeto que não foi desenvolvido no âmbito dos estágios, mas sim no âmbito da minha atividade profissional, que ocorreu em concomitância com a desenvoltura dos estágios, e cujo objetivo é sensibilizar para a saúde mental perinatal. Para além disso, e no âmbito dos estágios, propus-me a desenvolver um trabalho de investigação, utilizando a análise de conteúdo para analisar vários testemunhos a que tive acesso através do blogue que fundei, e que conta com a autorização por escrito das autoras dos testemunhos. O trabalho pretende responder à seguinte questão de investigação: “Quais as vivências significativas das mulheres com alterações emocionais no pós-parto?”

#### 4.3.1.10. Reunião na divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil da Direcção-Geral de Saúde

Em concordância com a enfermeira orientadora, sentiu-se a necessidade de conhecer que recursos é que existem atualmente na comunidade em termos de programas de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, a nível nacional. Assim sendo, surgiu a possibilidade de reunir com uma técnica superior de saúde e com a chefe de divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil da DGS em meados de novembro de 2016, de forma a compreender se existia algum programa semelhante ao intitulado no presente relatório, e se sim, se poderíamos estabelecer contacto com os respetivos representantes de forma a acumular o máximo de conhecimentos possíveis sobre o tema. Foi uma reunião onde abordámos várias temáticas relacionadas com o Programa Nacional de Prevenção na Gravidez e Baixo Risco, entre outros, mas onde concluímos em conjunto que para termos acesso a este tipo de informação mais precisa teríamos de contactar os serviços na comunidade. Tal, levou-me a ajustar algumas tarefas que tinha delineado inicialmente, e a despendar mais tempo do que o planeado, no contacto com os cuidados de saúde primários.

#### 4.3.1.11. Contacto com USF e UCC da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Surgindo a necessidade de contactar os serviços na comunidade para saber se existia algum programa semelhante ao Programa AMA, resolveu-se contactar todas as USF e UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo para o efeito. Cingi-me a esta região, uma vez que, é a região mais próxima do meu local de residência, não tinha conhecimento de nenhum programa idêntico na respetiva região, e o tempo para a realização dos telefonemas era limitado. Assim sendo, acabei por elaborar um documento para registar todas as chamadas efectuadas, que denominei como “registos de contacto” (Apêndice 15), e retirei as listas das USF e UCC, e respetivos contactos, do site da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo 2), por onde me guiei para efetuar os contactos telefónicos. Estipulei logo de início que seguiria um método de contacto, uma vez que eram muitas unidades de saúde, e assim sendo:

- a) Iniciou-se o contacto via telefónica para as USF, e depois para as UCC;
- b) Para cada USF e UCC estipulei três contactos via telefónica como o máximo de contactos a realizar;
- c) Caso não houvesse feedback após o terceiro contacto, passava para a próxima unidade da lista.
- d) Quando houve feedback dava primazia ao contacto com alguma Enfermeira que estivesse de serviço, questionando: “É possível falar com alguma Enfermeira que esteja de serviço?”. Se tal não fosse possível, mantinha o contacto com a administrativa que atendia o telefone;
- e) A pergunta a realizar era sempre a mesma: *“Atualmente têm algum programa específico para dar resposta a mulheres com alterações emocionais no pós-parto?”*.
- f) Após a realização da pergunta, aguardava pelo *feedback*, registava a resposta dada, e contactava a unidade seguinte.

Relativamente aos contactos que fiz (Apêndice 15), para além do número limitado de programas existentes que consegui encontrar, é de salientar o quão difícil foi contactar, por esta via, a maioria das unidades existentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que ao todo contactei 138 USF e 20 UCC, ficando a faltar contactar 33 UCC, por limitação em termos de tempo para sua concretização. Das 138 USF, consegui dialogar com algum profissional da unidade (enfermeiro ou administrativo) em 63 USF, e das 20 UCC consegui dialogar com algum profissional

da unidade (enfermeiro ou administrativo) em 12 UCC. Portanto, ao todo consegui efetivar o contacto com 75 unidades de cuidados de saúde primários na região de Lisboa e Vale do Tejo, tendo registado a existência de 4 programas no âmbito do acompanhamento de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto. A salientar, que todos, organizados e implementados por enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. Considerando estes dados, auscultei a possibilidade de me reunir com alguma destas enfermeiras para poder conhecer melhor os programas que haviam implementando, assim como conhecer a sua experiência na realização, implementação e resultados obtidos. Desta forma, foi possível reunir com a Enfermeira da USF D. Jordão antes de o estágio terminar.

#### 4.3.1.12. Reunião com Enfermeira da USF D. Jordão

Na sequência dos contactos telefónicos realizados, consegui identificar alguns locais que desenvolviam projetos específicos no âmbito do acompanhamento da mulher com alterações psicopatológicas no pós-parto, organizados e dinamizados por enfermeiras especialistas em saúde mental e psiquiatria, tendo conseguido marcar uma reunião pessoal com a Enfermeira responsável pelo projeto na USF D. Jordão, que se mostrou desde logo, muito disponível para nos receber e apresentar o referido projeto e respetivos resultados. Mais tarde, acabámos por reunir – eu, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pelo projeto na USF D. Jordão – para conhecer o projeto, cujos resultados obtidos ainda eram poucos na altura, uma vez que, estavam a iniciar a sua implementação.

#### 4.3.1.13. Participação em encontros de cariz científico

No decorrer dos estágios participei em dois encontros de cariz científico: // *Jornadas de Saúde Solidária* organizadas pela Associação VOX Lisboa, onde apresentei uma comunicação oral, e o IV Encontro do projeto Ri(Age) intitulado de *Saúde Mental Comunitária – Presente e Futuro* organizado pela Federação Nacional de Entidades de Reabilitação do Doente Mental (FNERDM), onde apresentei um

poster científico. Para além disso, e após a realização dos estágios, mas no decorrer da realização do relatório de estágio, e atendendo à procura por mais recursos na comunidade no âmbito da saúde mental perinatal, frequentei o Workshop sobre o Programa de Bem-Estar Perinatal (Apêndice 3) que ocorreu no XXI Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar Ligação/Psicossomática – Reptos para 2017 – Ser Mulher III. Também tive a possibilidade de me reunir com a Coordenadora do Programa bem-estar perinatal nesse dia e reunir informação sobre determinados instrumentos de colheita de dados utilizados e investigados pela sua equipa (Apêndice 16) no âmbito da saúde mental perinatal.

#### 4.3.2. Atividades desenvolvidas em contexto de internamento

Atendendo ao quadro que identifica as atividades realizadas em contexto de internamento associadas ao desenvolvimento das competências comuns e específicas de EESM (Apêndice 17), pode-se constatar o quão frutífero foi o presente local de estágio, no que concerne ao desenvolvimento de atividades tão distintas do estágio de âmbito comunitário, e ao mesmo tempo, tão complementares. Para além disso, várias foram as oportunidades que tive para que, junto de uma população juvenil, pudesse desenvolver muitas das atividades planeadas, e realizar outras, que foram emergindo como pertinentes ao longo do percurso de estágio.

Considerando todas as competências e atividades identificadas e acima descritas, vários foram os critérios de avaliação tidos em conta inerentes à minha avaliação sobre o desenvolvimento das competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental que apresento em apêndice (Apêndice 18) através da elaboração de um quadro que resume a minha avaliação deste processo e onde constam as atividades desenvolvidas correspondentes às unidades de competências (que considero terem sido desenvolvidas) e critérios de avaliação associados. Nas secções seguintes, e de forma mais organizada, descrevo de forma mais aprofundada as atividades desenvolvidas em contexto de internamento.

#### 4.3.2.1. Enfermeira de Referência

Sob a Supervisão da enfermeira orientadora, e de outros elementos da equipa de enfermagem, desenvolvi atividades de enfermeira de referência de duas pessoas com experiência de doença mental ao longo do estágio, utilizando a metodologia de gestão de caso do serviço que incluía a participação nas reuniões multidisciplinares de forma a colocar-me ao corrente da evolução clínica das pessoas, a elaboração de um plano terapêutico em conjunto com a médica de referência, discutindo-o, sempre que necessário, tendo em conta a evolução clínica. De acordo com Townsend (2011, p.156) os enfermeiros são profissionais qualificados para serem gestores de caso, sendo que, esta metodologia intenta ajudar as pessoas com experiência de doença mental a prevenir episódios de doença variáveis e a melhorar o seu funcionamento, “(...) ao assistir o individuo na resolução de problemas, melhorar o trabalho e capacidades de socialização, promover as atividades de lazer e aumentar a independência”. Inicialmente senti alguma dificuldade na elaboração do plano terapêutico, nomeadamente ao nível do planeamento das intervenções para jovens com este tipo de comportamentos, uma vez que também não tinha experiência prévia na área, tendo sentido maior necessidade de aprofundar conhecimentos a este nível, que foram sendo consolidados através da pesquisa e estudo, e validados nos momentos de reflexão conjunta com a enfermeira e docente orientadora.

#### 4.3.2.2. Atividades de âmbito psicoeducativo

Atendendo à necessidade que alguns jovens demonstravam em abordar determinadas temáticas, e da necessidade verificada dessas temáticas serem abordadas, surgiu a possibilidade de desenvolver três sessões psicoeducativas sobre autoimagem, autocuidado e comunicação não-verbal, em três semanas consecutivas (Apêndice 19). Dos vários momentos ricos em aprendizagem, evidencio dois momentos que me marcaram e muito me fizeram refletir na altura: os vários momentos de silêncio ao longo das sessões e o *feedback* dos jovens no final. Os vários momentos de silêncio ocorriam de forma mais marcada quando passava determinadas imagens e pedia a colaboração das pessoas para as interpretar, e aqui,



eram poucas (e por vezes, nenhuma) as que tinham iniciativa para participar. O *feedback* das pessoas no final das sessões, uma vez que, mesmo tendo em conta estes “silêncios”, foi maioritariamente positivo. Seja pela participação na síntese final, seja pela avaliação da sessão, seja pelos temas que estavam subjacentes à sessão e que as faziam refletir e que, posteriormente, estimulava a interação comigo ou com outros profissionais do serviço sobre o produto dessa reflexão. Segundo Rispail (2003, p.69), o silêncio é “(...) um vazio que dá todo o seu relevo ao conteúdo do discurso” e que permite “um processo de maturação, de elaboração (...), estar atento a si próprio e gerir as suas próprias emoções (...), a neutralização da agressividade (...)” (Rispail, 2003, p.70). Contudo, nem sempre é fácil lidar com o silêncio, e tal, é asseverado por Chalifour (2009, p.153) que menciona que “nem sempre é fácil viver o silêncio no momento de escuta” e que por vezes, o terapeuta sente dificuldade em conviver com esse silêncio deixando-se “invadir por outros pensamentos (...) por desejo de eficácia a qualquer custo, por receio de que o cliente e ele próprio já não tenham nada para dizer um ao outro, etc.” Chalifour (2009, p.153). Por outro lado, o “feedback (...) pode ser descrita como aquele tipo de comunicação, que fornece dados a uma dada pessoa sobre o impacto ou a impressão que causa nos outros” (Guerra, Lima & Torres, 2013, p.28), sendo uma forma de ajudar o indivíduo a conhecer-se melhor. Algo que me faz muito sentido, considerando a experiência descrita.

#### 4.3.2.3. O uso terapêutico de mim

De acordo com Travelbee (1971) citado por Townsend (2011, p.121), “(...) o *uso terapêutico de si*” por parte do enfermeiro consiste na “capacidade de utilizar de modo totalmente consciente a própria personalidade para estabelecer vínculos e estruturar as intervenções de enfermagem”. E apesar deste ter sido um instrumento que também utilizei em contexto comunitário, a verdade é que a sua utilização foi maioritariamente sentida, aprofundada, refletida e percecionada por mim, durante o estágio de internamento, onde, desde o início até ao final do turno, a sua utilização era uma constante. E o uso consciente da minha personalidade enquanto instrumento terapêutico, verificou-se nos momentos em que estava presente e disponível para escutar ativamente as pessoas que demonstravam essa necessidade, que o solicitavam, assim como, estimulou muitas vezes a realização de determinadas

atividades psicoterapêuticas também em momentos onde não haviam atividades planeadas, em momentos de espera para uns, enquanto outros procediam/finalizavam o autocuidado, por exemplo, ou em momentos de tempo-livre após as refeições, onde verifiquei ser oportuna a integração de determinadas atividades de âmbito “informal”, mas sempre com uma intencionalidade específica afeta a determinada pessoa ou grupo. Também Pereira & Botelho (2014, p.62) evidenciam este aspeto no âmbito da construção de uma relação terapêutica referindo que “o enfermeiro mobiliza conhecimentos teóricos mas também se utiliza a si próprio como instrumento terapêutico” podendo-se distinguir dois domínios de intervenção – o técnico (onde estão inseridos os conhecimentos e habilidades do enfermeiro) e o pessoal (onde estão inseridas as características pessoais do enfermeiro) - que influenciam a construção da relação terapêutica com a pessoa com experiência de doença mental. E tal como é descrito pela OE (2010, p.1), o uso do enfermeiro especialista em saúde mental como instrumento terapêutico permite “estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” possibilitando a vivência, por parte da pessoa com experiência de doença mental de “experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais”. Algo que muito fui experienciando, e sobre o qual fui refletindo, e que também muito foi influenciando as intervenções que ia realizando em concomitância no estágio de âmbito comunitário.

#### 4.3.2.4. Participação nas atividades terapêuticas planeadas

Segundo a OE (2010, p.7) o EESM para “ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida, mobiliza cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional”. Cuidados esses que tive a possibilidade de presenciar no presente contexto de estágio, sendo que, neste contexto tive mais oportunidades de participar e desenvolver atividades de grupo, e não só, individuais, tais como:

- “Planeamento da semana” que ocorria com frequência semanal, num dia específico fixo, em que o grupo de pessoas com experiência de doença mental,

se juntava, com o objetivo de planear as atividades terapêuticas para a próxima semana, juntamente com o EESM e o terapeuta ocupacional;

- “Balanço da semana” que ocorria frequência semanal, num dia específico fixo, em que era objetivado que as pessoas com experiência de doença mental refletissem, através da utilização de determinados mediadores (ex.: desenho, música, escrita), se tinham atingido os objetivos a que se tinham proposto na semana anterior, e caso não tivesse acontecido, eram refletidas estratégias (com o enfermeiro, e com o grupo) para que tal pudesse ser exequível. No final, eram traçados os objetivos para a semana seguinte, de forma individual, e apresentados ao grupo, se se sentissem confortáveis para tal;
- “Os meus medos”, uma atividade que surgiu do grupo num dos planeamentos da semana, como uma necessidade. A atividade iniciou-se com a identificação do principal(ais) medo(s) de cada um, objetivando a monitorização do medo, estratégias de enfrentamento para situações de medo e partilha com o grupo, tendo sido utilizado o mediador gesso para trabalhar o(s) medo(s) identificado(s) por cada pessoa;
- “Eu em 2027” surgiu numa fase em que muitos dos jovens internados tinham antecedentes de comportamentos autolesivos, tendo-se considerado pertinente a realização de uma atividade que objetivasse a reflexão sobre a projeção no futuro. Foi pedido aos jovens que imaginassem que tipo de objetivos de vida gostariam de ver cumpridos, ou a cumprir, em 2017, através da elaboração de uma lista por escrito. Há medida que os jovens iam refletindo sobre o tema foram surgindo questões individuais que foram sendo trabalhadas pelo grupo com o suporte do EESM;
- A “Reunião comunitária” ocorria com frequência semanal, num dia específico fixo, com o objetivo de juntar o grupo em internamento e a equipa multidisciplinar, para serem abordadas várias questões que o grupo e/ou a equipa considerassem ser pertinentes e que tivessem emergido ao longo da semana. Seguidamente realizava-se a banca das guloseimas, onde o grupo vendia as sobremesas que havia feito numa outra atividade durante a semana (culinária) à equipa multidisciplinar. O dinheiro que recolhiam servia para investir em material para as atividades a serem realizadas durante a semana. Por norma, eram alguns elementos do grupo, por iniciativa, que geriam, sob supervisão da equipa de enfermagem, a venda das sobremesas.

## 5. AMA: PROGRAMA DE APOIO A MULHERES COM ALTERAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS NO PÓS-PARTO

*“A maternidade tende a ser vista como um período de bem-estar para a mulher e a sua família. Porém, um número substancial de mulheres vivencia sintomas perturbadores que podem tornar esta experiência uma das piores das suas vidas.”*

(Macedo & Pereira, 2014, p.9)

Num ciclo de palestras sobre associações de pais, João dos Santos foi perentório no seu discurso afirmando e evidenciando que “o primeiro ano de vida é o mais sensível e um dos mais importantes nas relações da criança com a mãe (...)” (Santos, 2013, p.70), não crendo, que pudesse haver equilíbrio mental para uma criança, cuja relação com a mãe tivesse sido inicialmente perturbada (Santos, 2013, p.70).

Considerado de igual forma os problemas na interação mãe-bebé que estão associados a um aumento do risco de problemas comportamentais, cognitivos e emocionais nas crianças a nível global, assim como ao risco das crianças nascerem com baixo peso, prematuras, e à crescente mortalidade materna resultante do suicídio, do consumo de substâncias, da violência doméstica, entre outros (Howard & Chandra, 2017), a *World Psychiatric Association* (WPA), no passado dia 8 de Março de 2017, lançou um comunicado mundial (Anexo 3) e que chama atenção para a necessidade de se melhorarem os cuidados no âmbito da saúde mental perinatal. O presente documento salienta doze recomendações para profissionais e políticos de saúde que trabalhem no âmbito da saúde mental perinatal, atentarem, onde constam estratégias de cuidados a adotar, com foco na melhoria da interação mãe-bebé, na melhoria dos resultados sensíveis aos cuidados dos profissionais de saúde e na redução da mortalidade e morbilidade materna e infantil, reconhecendo como fundamentais as intervenções neste âmbito.

Na mesma linha de pensamento, o *National Institute for Health and Care Excellence*, reconhecendo a importância de se alocarem recursos e de se atenderem a questões relacionadas com a saúde mental perinatal, elaborou *guidelines* sobre a gestão de serviços de saúde mental pré e pós-natais onde constam recomendações para o reconhecimento, apreciação, cuidado e tratamento de problemas mentais

desenvolvidos em mulheres que estão a planear engravidar, durante a gravidez e no período pós-parto (NICE, 2014), sobre as quais também me debrucei para a elaboração do presente programa.

Algo que Honoré (2002) evidencia na sua obra e que considero importante aqui salientar é o facto de que não nos devemos esquecer da sua componente impactante na vertente económico-social dos projetos de saúde. Algo que em colaboração com a *Maternal Mental Health Alliance* do Reino Unido e a London School of Economics, Bauer, Parsonage, Knapp, Lemmi & Adelaja (2014) investigaram, produzindo um relatório para elucidar acerca dos custos económicos dos problemas de saúde mental perinatal. Não obstante o sistema de saúde do Reino Unido ser bastante diferente do nosso, os resultados são bastante persuasivos. Mesmo tendo apenas incluído a depressão, a ansiedade e a psicose, a equipa verificou que por cada nascimento o custo de um dos últimos problemas de saúde mental perinatal ronda (em média) as 10.000 libras, relacionando-se três quartos destes custos com o impacto negativo nos filhos, e os restantes com o impacto na mãe. Este relatório conclui também que se os problemas de saúde mental perinatal forem identificados e tratados atempadamente, muitos destes custos humanos e económicos podem ser evitados e que os custos da implementação de programas de rastreio, encaminhamento e tratamento são cinco vezes inferiores aos custos inerentes aos problemas de saúde mental perinatal. Os custos relacionados com a melhoria da prestação de cuidados de saúde incluem, para os autores: rastreio universal, avaliação diagnóstica, intervenções psicológicas e psicossociais, equipas especializadas de psiquiatria e psicologia comunitária, intervenções pais-bebé, unidades mãe-bebé.

Algumas destas áreas constituem-se importantes focos do Programa AMA que integra intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicoeducativo e psicossociais, no campo de ação da especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, constituindo-se uma via para a melhoria de prestação de cuidados a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, e portanto, no âmbito da saúde mental perinatal.

Segundo a Infopédia um “Programa” pode ser considerado um “projeto” (par. 7), assim como uma “atividade ou conjunto de atividades planeadas para um dado período” (par. 10). De acordo com Raynal (1996, p. 68) “um projecto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição”, evidenciando o

autor que “um projecto que não seja fruto da vontade corre o risco de ser um projecto tenro e sem vida que caracterizará a falta de entusiasmo”. Um conceito com o qual muito identifiquei a conceção do Programa AMA, cuja essência de formulação, foi sempre fonte de grande vontade e motivação. De acordo com Roldão (1992, p.11) ainda podemos obter uma definição mais focada de projeto, referindo o autor que o mesmo constitui-se como “uma organização designada para cumprimento de um objetivo, criada com esse objetivo e dissolvida após a sua conclusão. Caracteriza-se por: ser temporária; ter um início e um fim bem definidos; obedecer normalmente a um plano”. O Programa AMA, que assim se denomina pela significância da palavra “amar”, sendo “ama” a ação que a reflete, e aquela que no fundo está subjacente à essência do programa em si mesmo, inicia-se com a integração das mulheres com experiência de alterações psicopatológicas no pós-parto, e termina, para cada mulher, quando se considerem cumpridos os resultados esperados traçados no plano de cuidados. São de ressaltar os objetivos gerais do programa, como sendo os seguintes:

- Facilitar o encontro de *forças* por parte das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto;
- Promover uma adequada transição para a maternidade reduzindo o sofrimento das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto e respetiva família.

Integrando o Programa AMA um conjunto de fundamentos teóricos, que preconizam práticas no âmbito da saúde, importa evidenciar o referido por Honoré (2002, p.166) quando afirma que “a ideia de projeto na saúde pode compreender-se como a expressão do desejo de concretizar os projetos existenciais em projetos de ação” (Honoré, 2002, p.179), abrindo novos caminhos para as ações de saúde, através do nosso envolvimento e da sua consecução.

Considerando todas as ideias agrupadas no presente capítulo e que pretendem descrever e demonstrar no que consiste o Programa AMA (Apêndice 21), nos seguintes subcapítulos será descrito de forma mais aprofundada todos os seus trâmites, áreas que integra e como se interligam.

### **5.1. Critérios de encaminhamento**

Constituem-se critérios de encaminhamento, todos os que identificam as mulheres a quem o programa se dirige, sendo estes, os seguintes:



- Grávidas, puérperas, ou recém-mães que se encontrem no período do pós-parto, com risco significativo de desenvolverem alterações psicopatológicas no pós-parto;
- Puérperas, ou recém-mães que se encontrem no período do pós-parto, diagnosticadas com alterações psicopatológicas no pós-parto.

A identificação do risco significativo de desenvolvimento de alterações psicopatológicas no pós-parto (nomeadamente de depressão) pode ser monitorizado mediante a realização de uma entrevista, e utilizando no final da mesma e na presença da mulher, a Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) tal como é sugerido pela DGS (2005), sendo que, uma pontuação igual ou superior a 12 é sugestiva de depressão pós-parto, tal como é referido por Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo (1996).

Em qualquer um dos casos é fundamental haver uma articulação entre o profissional que reencaminha e o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, aquando do seu reencaminhamento, assim como, ao longo do programa e quando considerado necessário por qualquer um dos elementos. De acordo com Gottlieb (2016, p.194) cada profissão na área da saúde tem um “foco na sua missão, papel histórico, mandato e contrato com a sociedade, cada uma requer que os seus membros se sujeitem a um treino especializado para cumprirem esses papéis e obrigações”, pelo que, muito embora os papéis dos profissionais de saúde se cruzem em determinados momentos da prestação de cuidados, cada profissional possui “conhecimento especializado para atuar com algum grau de autonomia” (Gottlieb, 2016, p. 198) na sua área de intervenção. E no meu ponto de vista, aqui emerge a necessidade de se abordar os limites de atuação em enfermagem, considerando este programa como um contributo para a melhoria de prestação de cuidados em enfermagem, no âmbito da saúde mental perinatal, não podendo, no entanto, excluir a necessidade da sua implementação incorrer numa coordenação constante com a restante equipa multidisciplinar, como forma de potenciar a qualidade de cuidados prestados aos pacientes, e consequentemente, os resultados sensíveis aos cuidados dos profissionais de saúde envolvidos, embora que o foco do Programa AMA, esteja direcionado para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. E assim sendo, também “porque estão sempre presentes e coordenam as relações entre o doente e os diferentes membros da equipa de cuidados (...)” (Benner, 2001, p.164) os enfermeiros estão no local adequado para a identificação de mulheres com risco significativo de desenvolverem alterações psicopatológicas no pós-parto, tanto nos

cuidados de saúde primários, como a nível hospitalar. E este facto, foi algo que facilmente constatei também em termos práticos ao longo do estágio aquando do contacto telefónico com as USF e UCC da região de Lisboa e Vale do Tejo. Tal verificou-se pelo facto de serem as enfermeiras dos últimos locais que reencaminhavam as mulheres que consideravam terem risco significativo de desenvolverem alterações psicopatológicas no pós-parto para os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, quando havia esta possibilidade, para o médico de família, com o acrescento das suas observações neste âmbito - sendo com frequência, este último, que posteriormente reencaminhava para a especialidade médica de psiquiatria ou para psicólogos - e para o psicólogo. Como tal, é fundamental, não só os enfermeiros possuírem conhecimentos no âmbito da saúde mental perinatal e integrarem-nos na ótica do regulamentado no Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, assim como, os enfermeiros especialistas em saúde mental, em acrescento, estarem conscientes das suas competências comuns (Anexo 1) e específicas de enfermeiros especialistas em saúde mental, o que por si só, viabiliza a elaboração, e a realização de um programa como o Programa AMA, enquanto prática especializada e autónoma do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Aquando do encaminhamento da mulher para o Programa AMA, segue-se a realização de uma consulta de triagem, responsabilizando-se o EESM pelo contacto com a mulher, no prazo máximo de 2 semanas, tal como sugerido pela NICE (2014).

## **5.2. Consulta de Triagem**

Tendo em conta que qualquer mulher que preencha os critérios de encaminhamento possa ser encaminhada para o presente programa, podendo de igual forma dirigir-se ao próprio de forma voluntária, é fundamental haver uma consulta de triagem na perspectiva de se cumprirem as seguintes metas:

- Iniciar a relação enfermeiro-paciente, com base no conceito de “parceria colaborativa” (Gottlieb, 2016, p.23), formulando, no final da consulta, um plano de cuidados em saúde mental em conjunto com a mulher com alterações psicopatológicas no pós-parto e respetiva família;
- Identificar o(s) tipo(s) de alteração(ões) psicopatológica(s) no pós-parto diagnosticada(s);



- Explorar a experiência de doença, ou a alteração sentida/manifestada, por parte da mulher com alterações psicopatológicas no pós-parto e respetiva família;
- Compreender a mulher a nível pessoal (história de vida), a nível da influência dos mais próximos (família, suporte social) e a nível dos mais distantes (cultura, comunidade);
- Averiguar quais os seus problemas, as suas prioridades, objetivos do tratamento e/ou gestão da situação/alteração;
- Preencher a ficha de acolhimento (Apêndice 22), utilizando os seguintes instrumentos de avaliação, se considerado necessário: *PostPartum Depression Screening Scale* (versão gravidez e pós-parto – ambas validadas para a população portuguesa) e a *Perinatal Anxiety Screening Scale*.
- Dar, no final da consulta, o guia de acolhimento (Apêndice 23) do Programa AMA, para que a mulher e a família fiquem providas de toda a informação necessária relativa ao respetivo programa.

A ficha de acolhimento elaborada, assim o foi, com base nas recomendações da WPA (2017) que indica que os instrumentos de colheita de dados devem incluir questões que visem a obtenção de informações no que concerne ao período da gravidez e à possível existência de problemas obstétricos durante a mesma, assim como com base nas recomendações da NICE (2014) que aconselham a existência de questões que procurem informações sobre alterações emocionais no período da gravidez e pós-parto, assim como, história de qualquer problema de saúde mental ao longo da vida, incluindo a gravidez e o pós-parto; histórico de problemas de saúde física (incluindo problemas de peso, tabagismo, nutrição, níveis de exercícios físico); utilização de álcool e drogas; atitude da mulher em relação à gravidez (se planeada, desejada); a experiência de gravidez da mulher e se houve qualquer tipo de problema com ela ou com o feto; como está a relação mãe-bebé; resposta a tratamento de qualquer problema do foro da saúde mental que tenha tido no passado e/ou no presente; suporte social e a qualidade das relações que mantém; condições de vida; isolamento social; história familiar (primeiro grau) de doença mental e resposta ao tratamento; existência de violência doméstica, vivência de relação abusiva, qualquer outro tipo de trauma ou maus-tratos infantis de que tenha sido vítima; situação de vida em termos de condições sociais, habitacionais, empregabilidade e imigração;

responsabilidades como cuidador de outras crianças ou adultos. A NICE (2014) ainda acrescenta a importância de, na apreciação clínica inicial, o companheiro e/ou a restante família estarem presentes, apenas se a mulher concordar, no entanto, sendo necessário averiguar o risco de negligência de cuidados ao bebé, ideação suicida, alto risco de negligência pessoal, ou outro tipo de informações relevantes relativas à mulher e ao seu cuidado para com o bebé, é necessário o contacto com o companheiro e/ou restante família à posteriori. A elaboração da ficha de acolhimento foi enquadrada nos quadros teóricos de referência que suportam o presente trabalho, utilizando um sistema de taxonomia estandardizado para o diagnóstico de saúde mental preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), motivo pelo qual se acrescentam algumas questões consideradas igualmente pertinentes no que concerne a temas como o autocuidado (Gottlieb, 2016) e às condições de transição (Meleis, 2010). Acrescento que são utilizadas escalas de atitudes na ficha de acolhimento, de acordo com as indicadas na NOC (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010) sendo este tipo de escalas caracterizadas por Lima (2006, p.190) como “a forma mais comum de medir atitudes. Esta técnica parte do princípio que podemos medir as atitudes através de crenças, opiniões e avaliações dos sujeitos acerca de um determinado objecto, e que a forma mais directa de acedermos a estes conteúdos cognitivos é através da auto-descrição do posicionamento individual”. As escalas utilizadas integram o grupo das escalas de Likert (1932), permitindo aos investigadores centrarem-se nas pessoas que respondem, sendo a seleção de frases que compõe a escala um manifesto de uma atitude desfavorável ou favorável a um determinado objeto (Lima, 2006).

Relativamente aos instrumentos de apreciação inicial acima mencionados e que podem ser utilizados consoante a avaliação da sua necessidade por parte do enfermeiro especialista em saúde mental, é de salientar que, estes constituem-se um meio complementar à avaliação do que é referido/manifestado pela mulher e respetiva família ao longo da entrevista. De acordo com Pereira (2008, p. 79), a EPDS poderá não um instrumento suficientemente adequado para apreciação clínica inicial, uma vez que, alguns autores consideram o instrumento como “(...) de medida do bem-estar emocional ou de disforia e não como um indicador de depressão” (Pereira, 2008, p.80). Segundo Beck & Gable (2000; 2001a) o conteúdo da EPDS “não faz referência às experiências específicas da maternidade” (Pereira, 2008, p.84), tem um número limitado de áreas de avaliação (Beck & Gable, 2001b, Coyle & Adams, 2002, citados

por, Pereira, 2008, p. 84), não contempla itens relativos aos sintomas somáticos da depressão, sendo estes, os principais indicadores da doença segundo a crescente evidência sobre o assunto (Barker, 2005, citado por Pereira, 2008, p.85), remete-nos para os últimos 7 dias podendo levar a sinalizar mulheres que estavam simplesmente a experienciar um determinado nível de stress transitório no momento do preenchimento (Leverton, 2005, citado por Pereira, 2008, p.85), e “as evidencias revelam que não identifica mulheres com sintomas de lentificação psicomotora e sugerem que apenas é útil na identificação de casos caracterizados por ansiedade e anedonia” (Guerdeney et al., 2000; Yoshida et al., 1997, citados por Pereira, 2008, p. 85).

Alguns destes motivos levaram ao desenvolvimento da *PostPartum Depression Screening Scale* (PDSS; Beck & Gable, 2000) tendo a mesma sido validada para a população portuguesa, aplicando-se para fins de rastreio, clínica e investigação, e permitindo aos clínicos identificar e intervir o mais rapidamente possível em casos de DPP (Pereira, 2008). A cotação total varia entre 35 (mínimo) e 175 (máximo) pontos, e quanto maior a pontuação neste intervalo, maior a gravidade da sintomatologia associada a sete dimensões que caracterizam a experiência da mulher afetada pela DPP, tais como: os distúrbios do apetite e do sono, ansiedade/insegurança, labilidade emocional, confusão mental, perda do self, culpa/vergonha e pensamentos suicidas (Pereira, 2008).

Devido à elevada prevalência dos transtornos de ansiedade no período perinatal (21,7%), sendo estes descritos como mais comuns do que a depressão pós-parto – algo que tem sido alvo de cada vez mais investigação no âmbito da saúde mental perinatal – surge a *Perinatal Anxiety Screening Scale* (Somerville, Dedman, Hagan, Oxnam, Wettinger, Byrne, Coe, Doherty, Page, 2014). É constituída por questões relacionadas com quatro eixos específicos, tais como, ansiedade aguda e ajustamento (1), preocupação geral e medos específicos (2), perfeccionismo, controlo e trauma (3) e ansiedade social (4), sendo que, acima da pontuação de 26, as mulheres apresentam manifestações significativas de ansiedade no período perinatal, correspondentes à necessidade de uma intervenção mais especializada neste âmbito (Somerville et al., 2014). Em apêndice pode ser consultada a autorização da investigadora/autora da validação da PDSS para a população portuguesa (Apêndice 24), para os últimos instrumentos serem utilizados no Programa AMA, com estes fins.

Para que a consulta de triagem seja possível, é necessário proporcionar um momento específico para tal, num *setting* adequado, sendo este “o ambiente físico no qual decorre a entrevista” (Leal, 2011, p.225), num espaço “insonorizado com mobiliário confortável em cores neutras, e não demasiado personalizado” (Leal, 2011, p.227), se possível, e que corresponda a um contexto credível num local que preserve o sigilo e a confidencialidade de um todo correspondente ao partilhado pela mulher e respetiva família (Leal, 2011). Este cenário deve ser promotor de um ambiente terapêutico que permita à mulher expor as questões que considera serem necessárias no momento, assim como ao enfermeiro. Sendo a consulta de triagem um primeiro momento de encontro entre a mulher e respetiva família, e o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, é provável que dure um tempo superior aos restantes. Contudo, e independentemente do tempo pensado, o mesmo deve ser referido logo no início da entrevista, estimando-se que 50 minutos é o tempo médio de duração de uma entrevista clínica, sendo este, referenciado como tempo ótimo de desenvolvimento deste trabalho (Leal, 2011). No entanto, e considerando a experiência tida em estágio comunitário, é provável que o tempo desta consulta ultrapasse os 60 minutos, sendo que, o importante, é obter a informação considerada necessária para a elaboração de um plano de cuidados ajustado à necessidade da mulher e respetiva família. Terminando a consulta de triagem, é esperado que a mulher e respetiva família saibam qual o momento destinado a um próximo encontro, e qual o tipo de intervenções que integrarão brevemente.

### **5.3. O Processo de enfermagem em saúde mental e psiquiatria partilhado com as mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto**

A construção de um plano de cuidados em saúde mental conjunto, implica o reconhecimento e o respeito pelas experiências e conhecimentos de ambos os parceiros, e de acordo com Gottlieb (2016, p. 23),

“isto não significa que o enfermeiro transfira a responsabilidade para a pessoa (...) significa que o enfermeiro ouve a pessoa (...) e juntos elaboram um plano de cuidados que é feito à medida dos objetivos, necessidades, preferências e estilo de vida, e as circunstâncias da pessoa e da família. (...) As pessoas sentem-se fortalecidas quando são encorajadas a expressar-se e a acreditar que têm a capacidade de encontrar soluções para os seus próprios problemas”

Para além da importância da realização de um plano de cuidados conjunto a autora ainda evidencia a importância de tal ser fruto de uma observação atenta que “inicia-se quando o enfermeiro está totalmente presente, enquanto interage com o doente (...)” (Gottlieb, 2016, p.250), salientado que “os enfermeiros que praticam o Cuidar Baseado nas Forças (...) no decorrer da observação de anomalias e verificação de problemas (...) estão sintonizados com a procura das forças (...)” (Gottlieb, 2016, p.253), sendo que, “geralmente confiam menos nas tecnologias, e mais nos seus sentidos” (Gottlieb, 2016, p.253). Para Siegel (2010), observar “envolve monitorizar e escrutinar com o intuito de assistir a algo intencionalmente (...) é a forma como o profissional sente e testemunha o desenrolar das experiências (Gottlieb, 2016, p.255). Para além da observação atenta como parte do processo de colheita de dados para a elaboração e implementação do plano de cuidados em saúde mental, também a aplicabilidade de sistemas de taxonomia standardizados para o diagnóstico de saúde mental preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) é uma necessidade neste âmbito, sendo que, no Programa AMA é preconizado recorrer-se aos diagnósticos da *NANDA International*, que se interligam com as *Nursing Interventions and Outcomes Classifications*. Considerando o plano de cuidados elaborado por mim aquando da realização do estudo de caso da Mariana, o modelo a utilizar no Programa AMA será semelhante, contudo, os diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são ajustados a cada caso clínico. Desta forma, é acrescentado à ficha de acolhimento um formato padronizado de um plano de cuidados (Apêndice 22) a preencher pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria em conjunto com a mulher e respetiva família. Elaborado o plano e entre uma cópia à mulher, como preconizado pela NICE (2014), segue-se a implementação das intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, delineadas.

#### **5.4. Implementação de intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria**

Várias são as possíveis intervenções a realizar no período do pós-parto considerando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, assim como as que integram as *Nursing Interventions Classifications*, dependendo das necessidades expressas em cada caso clínico,

sendo fundamental iniciarem-se, no máximo, um mês após o contacto inicial (NICE, 2014).

Para o Programa AMA foram identificadas algumas atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que foram alvo de pesquisa e estudo ao longo do mestrado, assim como de aplicabilidade prática ao longo do estágio, na sua grande maioria. É preconizado que estas iniciem-se, no máximo, uma semana após a consulta de triagem, sendo a sua periodicidade semanal, tal como é recomendado por Leal (2011), ou de acordo com o caso clínico de cada mulher, da sua disponibilidade e a possibilidade/viabilidade de existência dos grupos, por exemplo. Antes da implementação das intervenções, e considerando a possibilidade da sua concretização só ocorrer no prazo de uma semana (ou mais) após a consulta de triagem, é ainda indicada a realização de um contacto telefónico com a mulher, cerca de três dias após a consulta de triagem, e posteriormente, sempre que no período de uma semana o contacto individual ou em grupo não seja possível, até ser considerado necessário pelo enfermeiro. Em apêndice (Apêndice 25) está demonstrado um exemplo de circuito de duas mulheres com necessidades interventivas distintas. As intervenções integradas no Programa AMA foram organizadas em dois grupos – individuais e em grupo – que serão identificados de seguida.

**QUADRO 3.** Atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental e psiquiatria integradas no Programa AMA.

Intervenções Individuais	Intervenções em Grupo
Aconselhamento	Grupo de Mães/Aconselhamento
Escrita expressiva	Psicoeducação
Técnicas de relaxamento	Técnicas de relaxamento

À exceção da escrita expressiva (Apêndice 12) que já foi descrita anteriormente, estão descritas em apêndice as suprarreferidas atividades (Apêndice 26).

### 5.5. Formação específica para profissionais de saúde

A prática de enfermagem é muito complexa, demonstrando níveis muito elevados de raciocínio a vários níveis (Benner, 2001). Não só já o havia constatado desde a licenciatura, tomando mais consciência de tal ao longo da minha prática



profissional, como o nível de exigência e complexidade ganhou ainda mais relevo com a frequência do presente mestrado. E considerando os vários momentos de aprendizagem ao longo mestrado, assim como, a minha experiência prática subjacente, algo que pude constatar é que existem muitos profissionais de saúde pouco sensibilizados para a temática da saúde mental perinatal. Sendo os profissionais de saúde a via de suporte das mulheres e respetivas famílias, e as pessoas que com frequência são procuradas para as últimas efetuarem um pedido de ajuda (Macedo & Pereira, 2014), é fundamental que compreendam determinados conceitos inerentes à área de saúde mental perinatal. Como tal, faz-me todo o sentido a integração de uma área afeta à formação específica para profissionais de saúde em áreas onde foram auscultadas determinadas carências em termos de formação, tais como (por exemplo): “Alterações psicopatológicas na gravidez e no pós-parto”; “O papel do enfermeiro perante mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto”; “Orientações internacionais para a prática de profissionais de saúde que estão em contacto com mulheres no período perinatal, com risco de desenvolverem problemas do foro da saúde mental”.

## **5.6. Linha de Apoio**

Considerando as características tão peculiares envoltas nas perturbações de saúde mental no período perinatal, considero fundamental a existência de uma linha de apoio específica para atender a pessoas com experiência de alterações psicopatológicas nesta fase (mulheres ou respetivas famílias), assim como, a qualquer outra pessoa que tenha alguma questão sobre a área, nomeadamente, os profissionais de saúde. Atendendo à experiência que tenho com o blogue “Mulher, Filha & Mãe”, onde recebo *emails* de várias mulheres e respetivas famílias com questões relacionadas com o tema, e que, quando esclarecidas, fomentam a diminuição dos níveis de ansiedade (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010) no momento presente, a linha de apoio seria uma via mais pessoal de tal ocorrer, com o acrescento de ter, num determinado período do dia, um profissional de saúde com conhecimentos no âmbito da saúde mental perinatal dedicado a esta atividade, com recursos disponíveis para o efeito. Aquando do contacto, o objetivo é escutar ativamente o pretendido e preencher um formulário de contacto (Apêndice 27) por parte do profissional que atende a chamada, tentando dar resposta às solicitações de

quem ligou, provindo a pessoa com a informação desejada/estratégia de ação. No dia seguinte é pretendido retornar a chamada, com autorização da pessoa que contactou, para avaliar o efeito do contacto realizado, assim como, para disponibilizar apoio. Tal como realizado na *Perinatal Anxiety & Depression Australia* em Austrália e no Reino Unido, a linha de apoio, que está ativa entre as 10h00 e as 1700 em dias úteis, é dinamizada por profissionais com conhecimentos no âmbito do aconselhamento e da saúde mental perinatal e busca ser um suporte para qualquer pessoa que procure por apoio emocional no período perinatal, não necessitando as pessoas de estarem diagnosticadas com qualquer tipo de perturbação do foro da saúde mental perinatal para procederem ao contacto (Anexo 4), tal como é objetivado no Programa AMA.

### **5.7. Avaliação dos resultados obtidos**

O raciocínio clínico e a tomada de decisão em enfermagem é fundamental para a qualidade de assistência de saúde, e à medida que os esforços para melhorar a qualidade da assistência de saúde e a segurança do paciente prosseguem, é necessário que a enfermagem avalie os resultados sensíveis às suas intervenções necessários à elaboração do conhecimento de enfermagem e à manutenção de padrões mais elevados (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010). No final de cada sessão de intervenção (em qualquer tipo de atividade), de qualquer contacto na linha de apoio, ou de qualquer momento formativo, haverá lugar para a avaliação que cada pessoa fez, assim como, para a avaliação do enfermeiro. A um nível interventivo individual ou em grupo, a avaliação estará focada no efeito que a atividade surtiu na pessoa, de acordo com o plano cuidados de cada mulher e com os indicadores a considerar para cada caso. Os mesmos registos serão guardados no processo da mulher – um dossier clínico – onde haverá lugar para se organizar a seguinte informação: Documentos de identificação; Documentos de acolhimento (ficha de acolhimento e plano de cuidados de enfermagem em saúde mental inicial); Planos de cuidados de enfermagem em saúde mental revistos; Avaliação das sessões individuais (pelo enfermeiro especialista em saúde mental e pela mulher e respetiva família); Avaliação das sessões de grupo (pelo enfermeiro especialista em saúde mental e pela mulher e respetiva família); Exames clínicos significativos; Registo de contactos telefónicos.



## 6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

*“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos é o primeiro passo para a conquista da sabedoria.”*

Sócrates

Considerando a reflexão sobre o presente trabalho, a transposição para a prática de vários planos, conhecimentos e intervenções de enfermagem e a elaboração de um trabalho deste âmbito, faz-me todo o sentido evidenciar as considerações éticas presentes ao longo deste percurso. Pode considerar-se a ética como “uma ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 2009, p.114), sendo que, segundo Nunes (2011, p.46) “afirmar uma ética de enfermagem é criador de uma forma própria, de um espaço de *praxis*, onde se desenvolve a ação e a tomada de decisão ética, no campo específico de enfermagem”, onde se inserem os princípios e valores da profissão que podem surgir associados a uma deontologia profissional e que guiam a ação do enfermeiro na “escolha de agir que visa responder ao mais adequado, necessário e justo para cada um, no que se refere a cuidados de enfermagem” (Nunes, 2011, p.24).

De acordo com Nunes, Amaral & Gonçalves (2005, p.244), em 1978 foi publicado pela *National Comisson for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, o Relatório de Belmont “com o objetivo de proteger os indivíduos que participam em projectos de investigação, e nele se destacam três princípios éticos: beneficência, respeito pela dignidade humana, e justiça. Neste se deve basear a conduta dos investigadores”. Inerentes ao presente trabalho, os últimos princípios descritos, foram desde início identificados, refletidos e concretizados através da elaboração de um diário específico onde colocar os registos realizados ao longo do estágio, pelo pedido de autorização inicialmente sempre expresso para assistir às consultas/atividades pretendidas, por exemplo, e ao respeito pela decisão da pessoa com experiência de doença mental em vários momentos que decorreram da prática de cuidados ao longo do estágio. Seguindo a mesma linha de pensamento, ainda considero relevante evidenciar o descrito no Artigo 85.º - Do dever do sigilo - do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), que assevera a obrigatoriedade do Enfermeiro “guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício

da sua profissão” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.117), mantendo o “anonimato da pessoa sempre que o seu caso foi usado em situações de ensino, investigação (...)” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.117) e assumindo o dever de “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.117). Considerando a importância e obrigatoriedade de assegurar o sigilo profissional, optei por integrar no presente relatório somente determinados elementos dos trabalhos realizados, inerentes às atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, e que promovam a compreensão das atividades desenvolvidas e dos resultados obtidos, mas que não interfiram com o dever do sigilo acima descrito.

Considerando essencialmente os princípios acima descritos, assim como o exposto no Artigo 78.º do CDE como o “respeito pela liberdade e dignidade da pessoa humana” que implica que “o interesse da pessoa deve prevalecer sobre o interesse da ciência e da sociedade” (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.245), optei por manter-me disponível para acompanhar a Mariana, mesmo após o término do estágio, uma vez que, de acordo com apreciação clínica conjunta com a Enfermeira orientadora, o risco de desenvolver uma Depressão Pós-Parto nesse momento, era elevada. Assim sendo, havendo possibilidade de continuar com a intervenção que vinha sendo realizada até aqui, considerando também o meu forte interesse na área, assim como as evidentes necessidades da Mariana neste sentido, foi tomada esta decisão.

Para além das questões acima descritas, e tendo em conta o trabalho de investigação que me propus realizar paralelamente à realização do estágio, antes do início do mesmo, foi enviado um email (Apêndice 20) para as mulheres que tinham autorizado a publicação dos seus testemunhos no blog “Mulher, Filha & Mãe”, para lhes providenciar toda a informação sobre o estudo que pretendia realizar, e saber se autorizariam a utilização dos respetivos testemunhos no presente trabalho de investigação. Um mês após o envio do email, todas tinham dado a sua autorização por escrito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando o presente trabalho, muito me apraz relatar sobre a sua elaboração, uma vez que, o trabalho teórico-prático imbuído em cada parágrafo foi intenso, tendo-se constituído como fundamental no meu processo de aprendizagem no que toca ao desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da especialidade em enfermagem de saúde mental.

Especificamente no que toca ao desenvolvimento do processo de enfermagem em saúde mental, muito foi aprofundado, analisado e refletido do ponto de vista conceptual, assim como do ponto de vista da sua inteira ligação com a prática, que foi sendo, e que ainda se mantém, uma constante no que concerne ao seguimento da paciente Mariana, por exemplo. Por este mesmo motivo, as competências de enfermeiro especialista em saúde mental afetas a esta área ganharam grande relevo no meu *background* teórico-prático, tendo-me feito compreender vários aspetos subjacentes, que apesar de conhecidos, não estavam bem esclarecidos, referentes à classificação das intervenções e dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Trabalhar em prol do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (comuns e específicas) fez-me também desfocar da área que tanto me motiva, e onde me encontrei por completo enquanto profissional de enfermagem. Foi absolutamente necessário, mas ao mesmo tempo, muito difícil em determinados momentos, tendo-me causado alguma “angústia de separação”, ao mesmo tempo que, florescia em mim uma maior consciencialização das minhas potencialidades e das minhas limitações enquanto pessoa e profissional de enfermagem. Algo que considero fundamental na nossa prática diária, em qualquer tipo de área, no âmbito da saúde mental e psiquiatria, concerne ao facto de nos utilizarmos como instrumento terapêutico, sendo esta, de facto, uma ferramenta que temos sempre connosco, e ao mesmo tempo, um processo complexo de iniciar, manter e continuar. Motivo pelo qual considero que a concretização deste curso, esgota-se como o início de um percurso no âmbito da saúde mental que me apraz grande curiosidade e motivação constante, e que ao mesmo tempo, está imbuído a partir daqui, e enquanto existir, de muito trabalho, pensamento crítico, criatividade, introspeção e uma capacidade/vontade de

reconstrução constante. Atender de igual forma ao apoio e assistência da pessoa ao longo do seu ciclo de vida, atento que se constitui uma capacidade que exige grande perícia, dado que os focos de atenção, as necessidades que emergem, as intervenções a delinear, os resultados a avaliar, assim como a própria abordagem em si mesma, considerando toda a multiplicidade de contextos e circunstâncias de vida relativos à evolução de um ser humano no seu ciclo de vida, são imensos. Não considero que termine este curso a sabê-lo fazer com a perícia necessária, mas considero, contudo, que saio mais preparada, consciente para uma maior dimensão de necessidades afetas ao ser humano e à sua família, especialmente no âmbito da saúde mental da infância e adolescência. Algo que não se tinha constituído até aqui, foco/oportunidade de prática no meu percurso profissional. No que toca às intervenções passíveis de concretizar enquanto enfermeiro especialista em saúde mental integram uma esfera tão vasta, que me parece que depende muito do desenvolvimento de cada profissional, da sua área de intervenção, da população que apoia/assiste, assim como da evolução de todas as capacidades evidenciadas ao longo deste parágrafo, no que respeita à sua delineação e concretização. Foi possível conhecer um vasto leque de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do mestrado, contudo, poucas foram passíveis de serem praticadas, e do que fui experienciando, a sua busca/prática, também em muito depende das necessidades previamente identificadas pelo enfermeiro especialista em saúde mental.

No que alude ao Programa AMA, a sua elaboração foi fruto de motivações/conhecimentos/experiências prévias à vinda para o mestrado, juntamente com todas as aprendizagens adquiridas ao longo mesmo, na tentativa de dar resposta, de uma forma mais estruturada, a uma área onde o investimento é pouco, para a dimensão das consequências que produz. Embora descrito da forma mais detalhada possível, face às circunstâncias em que o foi, constitui-se um programa que se encontra em fase de projeto no campo de ação da enfermagem em saúde mental, necessitando de ser implementado para se compreender o verdadeiro impacto que produzirá, e quais os resultados obtidos. Algo para o qual continuarei a trabalhar a partir daqui.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5*. (5ªed) Lisboa: Climepsi Editores.
- Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. (1996) *Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls*. Psychol Med, 26 (1):135-41.
- Bauer, A., Parsoage, M., Knapp, M., Lemmi, V. & Adelaja, B. (2014). *The costs of perinatal mental health problems*. London: Centre for Mental Health.
- Benner P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blasio, P. & Camisaca, E. (2015). The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychological Reports: Mental & Physical Health*, 117 (3), 856-882.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (5ªed) Rio de Janeiro: Elsevier.
- Brazelton, T. (1992). *Tornar-se família: O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people. Saarbrücken, Germany: LAP Lambert Academic Publishing*. ISBN 978-3848484324
- Canavarro, M. C. (2001) (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (volume 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de intervenção* (volume 2). Loures: Lusodidacta.
- Direcção-Geral da Saúde (DGS) (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Loures: Lusociência.

Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas no Puerpério. In Canavarro, M. C. (Coord). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto.

Favrod, J. & Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia*. Loures: Lusociência.

Fleury, M. & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *RAC, edição especial*, 183-196.

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Figueiras, M. J. & Marcelino, D. (2008). Escrita terapêutica em contexto de saúde: uma breve revisão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVI), 327-334.

Gonçalves-Pereira, M.; Xavier, M. & Fadden, G. (2007). O Modelo de Fallon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspetos técnicos. *Análise Psicológica*, 2, 241-245.

Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças: Saúde e Cura para a pessoa e família*. Loures: Lusodidacta.

Guerra, M. P., Lima, L & Torres, S. (2014): *Intervir em grupos na saúde*. (2ª ed) Lisboa: Climepsi editores.

Hesbeen W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2002) *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.

Howard, L. M. & Chandra, P. (2017). *Media Release*. 8 de março de 2017. WPA calls for greater global focus on improving quality of mental health care for women in the perinatal phase. World Psychiatric Association, Genebra, Suíça.

Infopédia (2017). Programa (¶7 e ¶10). Acedido em 12-04-2017. Disponível em

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/programa>

- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2011). *A Entrevista Psicológica: técnica, teoria e clínica*. (2ªed) Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2016). *Iniciação às psicoterapias*. (3ªed) Lisboa: Fim de Século.
- Lima, L.P. (2006). Atitudes: Estrutura e mudança. In Vala, J. & Monteiro, M. B. (Coords) (2006). *Psicologia Social* (pp. 187-225). (7ed) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Lowdermilk, K. & Perry, L. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ªed). Loures: Lusociência.
- Macedo, A. F., Pereira, A. T. & Marques, M. (2014). Psiquiatria Perinatal – Perspetiva histórica e aspetos nosológicos. In Macedo, A.F. & Pereira, A. T. (Coords) (2014). *Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade* (pp. 3-25). Lousã: Lidel.
- Macedo, A.F. & Pereira, A. T. (Coords) (2014). *Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre rima com felicidade*. Lousã: Lidel.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006), Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Meleis A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing company.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem*. (5ª ed.). Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
- NANDA International (2015). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação – 2015-2017*. Porto Alegre: Artmed.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.



Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, R. (2005) *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros (456p.)

Ordem dos Enfermeiros (2010) *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL*. Consultado a 7 de Abril de 2017 e disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010) *REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA*. Consultado a 7 de Abril de 2017 e disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2016). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>. Consultado a 16/07/2016.

Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.

Pearson A. & Vaughan B. (1986). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

Pennebaker, J. W., & Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), *Handbook of health psychology*. New York: Oxford University Press.

Pereira, A. T. F. (2008). *Postpartum depression screening scale : validação para a população portuguesa* (Tese de Doutoramento). Disponível em Repositório Digital da Universidade de Coimbra.

Pereira, P. & Botelho, M. A. (2014). Qualidades Pessoais do Enfermeiro e Relação Terapêutica em Saúde Mental: Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 18 (2) 61-73.

Raynal, S. (1996) *A GESTÃO POR PROJECTO*. Lisboa: Instituto PIAGET.

Rispail, D. (2003) *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência



- Rogers, C. (2009). *Grupos de encontro*. (9ªed) São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Roldão, V. S. (1992) *GESTÃO DE PROJECTOS: Como gerir em tempo, custo e qualidade*. Lisboa: Monitor.
- Santos, J. (2013). *Prevenir a doença e promover a saúde*. Lisboa: Coisas de ler.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto.
- Silva, P. C. (2014). Primeira Infância. In Monteiro, P. (Coord) (2014). *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp 59-79). Lisboa: Lidel.
- Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014). *The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation*. Archives of Women's Mental Health, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8
- Stern, D. N. (1992). *Bebé-Mãe: Primeira relação humana*. (2ªed) Lisboa: Edições Salamandra.
- Stern, D. N. (1997). La constelacion maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia com padres e hijos. Barcelona: Pardós.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica*. (4ªed) Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Trzepacz, P. T. & Baker, R. W. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi Editores.
- Townsend, M. (2011) *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Conceitos de cuidados na prática baseada na evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência.
- World Health Organization (2005). *The World Health Report. Make every mother and Child count*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

“Regulamento de competências comuns de enfermeiro especialista”



# **REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo  
Lisboa, 5 de Maio de 2010

**Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010**

## REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

### Preâmbulo

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais.

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns - a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Assim,

Nos termos da alínea d) do art.º 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e do n.º 6 do artigo 4.º desta lei, no âmbito das suas atribuições regulamentadoras e nos termos da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i) do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os Conselhos Directivos Regionais propõe, para aprovação pela Assembleia Geral, o seguinte Regulamento

### Artigo 1.º Objecto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

### Artigo 2.º Âmbito e Finalidade

1. O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
2. O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.
3. As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
4. A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

### Artigo 3.º

#### Conceitos

Para efeitos do presente Regulamento e dos regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialização em enfermagem, entende-se por:

- a) “*Competências comuns*”, são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;
- b) “*Competências específicas*”, são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.
- c) “*Competências acrescidas*”, são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.
- d) “*Domínio de competência*”, é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados.
- e) “*Norma ou descritivo de competência*”, apresenta a competência em relação aos atributos gerais e específicos, sendo decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho.

- f) “*Unidade de competência*”, é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo.
- g) “*Crítérios de avaliação*”, compreendem a lista integrada dos aspectos de desempenho que devem ser atendidos como evidência do desempenho profissional competente em exercício; expressam as características dos resultados, relacionando-se com o alcance descrito.

#### **Artigo 4.º Domínios das competências comuns**

São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

#### **Artigo 5.º**

##### **Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**

- 1. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:
  - a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
  - b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- 2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo I*).

#### **Artigo 6.º**

##### **Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

- 1. As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:
  - a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
  - b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
  - c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.
- 2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo II*).

#### **Artigo 7.º Competências do domínio da gestão dos cuidados**

- 1. As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes:
  - a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
  - b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.
- 2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo III*).

#### **Artigo 8.º Competências do domínio das aprendizagens profissionais**

- 1. As competências do domínio das aprendizagens profissionais são as seguintes:
  - a) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade;
  - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
- 2. Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (*Anexo IV*).

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e  
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010

*Leafer Jostberg*

## ANEXO I A - DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

### A1. DESENVOLVE UMA PRÁTICA PROFISSIONAL E ÉTICA NO SEU CAMPO DE INTERVENÇÃO.

*Descritivo:*

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
<b>A1.1.</b> Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	A1.1.1. As estratégias de resolução de problemas são desenvolvidas em parceria com o cliente. A1.1.2. O juízo baseado no conhecimento e experiência está reflectido na tomada de decisão.
	A1.1.3. A autonomia de julgamento fundamentado reflecte-se na tomada de decisão em situações da prática clínica. A1.1.4. Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.5. As respostas mais apropriadas são identificadas a partir de um amplo leque de opções.
<b>A1.2.</b> Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	A1.2.1. As situações são avaliadas usando técnicas de tomada de decisão. A1.2.2. As decisões são guiadas pelo Código Deontológico. A1.2.3. Incorpora elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.2.4. Promove o exercício profissional de acordo com o Código Deontológico, na equipa de Enfermagem onde está inserido.
<b>A1.3.</b> Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	A1.3.1. Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.3.2. Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. A1.3.3. Toma a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão. A1.3.4. Recolhe contributos e suscita a análise dos fundamentos das decisões.
<b>A1.4.</b> Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão	A1.4.1. Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.4.2. Os resultados são avaliados e partilhados para promover o desenvolvimento da prática especializada.

### A2. PROMOVE PRÁTICAS DE CUIDADOS QUE RESPEITAM OS DIREITOS HUMANOS E AS RESPONSABILIDADES PROFISSIONAIS.

*Descritivo:*

Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
--------------------------------	-------------------------------

A2.1. Promove a protecção dos direitos humanos	<p>A2.1.1. Assume a defesa dos Direitos Humanos, tal como descrito no Código Deontológico, relevando os relativos à sua área de especialidade.</p> <p>A2.1.2. Promove o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.3. Promove a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.4. Promove o respeito do cliente à privacidade, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.5. Promove o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde, na equipa de Enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.6. Promove o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido.</p> <p>A2.1.7. Reconhece e aceita os direitos dos outros.</p> <p>A2.1.8. Mantém um processo efectivo de cuidado, quando confrontado com valores diferentes.</p>
A2.2. Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a	<p>A2.2.1. Reconhece a necessidade de prevenir e identifica práticas de risco.</p> <p>A2.2.2. Adota e promove a adopção de medidas apropriadas, com recurso às suas competências especializadas.</p> <p>A2.2.3. Tem uma conduta preventiva, antecipatória.</p>
segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	<p>A2.2.4. Recolhe e analisa informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.</p> <p>A2.2.5. Identifica as acções a serem tomadas em circunstâncias específicas.</p> <p>A2.2.6. Segue incidentes de prática insegura para prevenir re-ocorrência.</p>

## ANEXO II B - DOMÍNIO DA MELHORIA DA QUALIDADE

### **B1. DESEMPENHA UM PAPEL DINAMIZADOR NO DESENVOLVIMENTO E SUPORTE DAS INICIATIVAS ESTRATÉGICAS INSTITUCIONAIS NA ÁREA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA.**

*Descritivo:*

*Colabora na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.*

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉRIOS de avaliação</i>
B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade	<p>B1.1.1. Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.</p> <p>B1.1.2. Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.</p> <p>B1.1.3. Colabora na realização de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.</p> <p>B1.1.4. Comunica resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.</p>
B1.2. Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática	<p>B1.2.1. Detém conhecimentos avançados sobre as directivas na área da qualidade e em melhoria contínua.</p> <p>B1.2.2. Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.</p> <p>B1.2.3. Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.</p>

### **B2. CONCEBE, GERE E COLABORA EM PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.**



*Descritivo:*

*Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua.*

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
B2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	B2.1.1. Acede à evidência científica e às normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2. Define indicadores para medição válida da qualidade, em função das necessidades. B2.1.3. Utiliza indicadores de avaliação da estrutura ao nível da organização, recursos humanos e materiais. B2.1.4. Realiza auditorias clínicas. B2.1.5. Aplica instrumentos de avaliação de resultado.
B2.2. Planeia programas de melhoria contínua	B2.2.1. Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2. Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3. Selecciona estratégias de melhoria. B2.2.4. Elabora guias orientadores de boa prática.
B2.3. Lidera programas de melhoria	B2.3.1. Supervisiona, permanentemente, os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2. Normaliza e actualiza as soluções eficazes e eficientes.

### **B3. CRIA E MANTÉM UM AMBIENTE TERAPÊUTICO E SEGURO.**

*Descritivo:*

Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, actua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	B3.1.1. Promove a sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das percepções de segurança de um indivíduo / grupo. Promove a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo / grupo. B3.1.2. Envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas. B3.1.3. Demonstra conhecimento e compreensão das questões relativas ao fornecimento de um ambiente seguro para os utentes (de acordo com a idade). B3.1.4. Promove a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. Promove a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5. Promove a adesão à saúde e segurança ocupacional. Desenvolve medidas para a segurança dos dados e registos. B3.1.6. B3.1.7. B3.1.8.

B3.2. Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais	<p>B3.2.1. Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.</p> <p>B3.2.2. Envolve os colaboradores na gestão do risco.</p> <p>B3.2.3. Previne os riscos ambientais.</p> <p>B3.2.4. Desenvolve mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.</p> <p>B3.2.5. Desenvolve os sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.</p> <p>B3.2.6. Cria mecanismos formais que permitam avaliar a efectividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.</p> <p>B3.2.7. Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.</p> <p>B3.2.8. Coordena a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infecção.</p> <p>B3.2.9. Colabora na elaboração de planos de emergência.</p>
--	---

### ANEXO III C - DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

#### C1. GERE OS CUIDADOS, OPTIMIZANDO A RESPOSTA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM E SEUS COLABORADORES E A ARTICULAÇÃO NA EQUIPA MULTIPROFISSIONAL.

##### *Descritivo:*

Realiza a gestão dos cuidados, optimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Critérios de avaliação</i>
C1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	<p>C1.1.1. Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e equipa.</p> <p>C1.1.2. Colabora nas decisões da equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1.3. Intervém melhorando a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar.</p> <p>C1.1.4. Reconhece quando negociar com ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde.</p>
C1.2. Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade	<p>C1.2.1. Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.2. Cria guias orientadores das práticas a delegar.</p> <p>C1.2.3. Utiliza uma variedade de técnicas directas ou indirectas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.</p> <p>C1.2.4. Supervisiona e avalia os cuidados prestados, em situação de delegação.</p>

**C2. ADAPTA A LIDERANÇA E A GESTÃO DOS RECURSOS ÀS SITUAÇÕES E AO CONTEXTO VISANDO A OPTIMIZAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS.**

*Descritivo:*

Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
C2.1. Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	C2.1.1. Conhece e aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. Fundamenta os métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.2. Organiza e coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.3. Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.4. Avalia riscos para a prestação de cuidados associados aos recursos. Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. C2.1.5. C2.1.6.
C2.2. Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	C2.2.1. Reconhece e compreende os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. Promove um ambiente positivo e favorável à prática. Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.2. Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada. C2.2.3. C2.2.4.

**ANEXO IV D - DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS**

**D1. DESENVOLVE O AUTO-CONHECIMENTO E A ASSERTIVIDADE.**

*Descritivo:*

Demonstra, em situação, a capacidade de auto-conhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

<i>Unidades de competência</i>	<i>CrITÉrios de avaliação</i>
D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	D1.1.1. Desenvolve o auto-conhecimento para facilitar a identificação de factores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e/ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2. Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3. Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais . D1.1.4. Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	D1.2.1. Desenvolve a congruência entre auto e hetero-percepção. D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3. Actua eficazmente sob pressão. D1.2.4. Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5. Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.

**D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** *Descritivo:*

*Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente activo no campo da investigação.*

<b>Unidades de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade	D2.1.1. Actua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. D2.1.2. Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3. Concebe e gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4. Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. Avalia o impacto da formação. D2.1.5.
D2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	D2.2.1. Actua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos. Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.2. Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.3. Discute as implicações da investigação. D2.2.4. Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. D2.2.5. D2.2.6.
D2.3. Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	D2.3.1. Tem uma sólida base de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2. Demonstra conhecimentos e aplica-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3. Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem e toma a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4. Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. Toma iniciativa na formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica especializada. D2.3.5.

## **Anexo 2**

“Lista de contactos das Unidades de Saúde Famílias e Unidades de Cuidados na  
Comunidade”

ACES	Distrito	Concelho	Freguesia	Nome	Modelo USF	Morada	Ano Início	CódigoPostal	Telefone
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	ALMADA	União das freguesias de Laranjeiro e Feijó	USF Feijó	B	Rua António Gonçalves	2006	2810-170	212 586 230
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	ALMADA	União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas	USF Cova da Piedade	B	Av. Rª Dª Leonor nº2, 7º Piso	2006	2805-009	212 738 410
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	ALMADA	União das freguesias de Caparica e Trafaria	USF Monte da Caparica	B	Rua São Lourenço - Poente - Monte da Caparica	2008	2825-023	212945850
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	ALMADA	União das freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas	USF S João Pragal	B	Rua Abel Salazar	2006	2805-313	212 725 530
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	ALMADA	União das freguesias de Charneca de Caparica e Sobreda	USF Sobreda	B	Rua Movimento das Forças Armadas	2006	2815-786	212947010
ALMADA - SEIXAL	Setúbal	Costa da Caparica	Costa da Caparica	USF Costa do Mar	A	Avenida 1ª de Maio, Ed. Casa dos Pescadores	2015	2829-5013	212918510/12
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	Amora	USF Amora Saudável	B	Rua D. Branca Saraiva de Carvalho nº9C	2008	2845-452	21 227 42 30/1
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	USF CSI - Seixal	B	Largo Mundet, Bairro Novo	2007	2840-481	21 227 71 83
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	USF Cuidar Saúde	B	Largo Mundet, Bairro Novo	2007	2840-481	21 227 71 91
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	USF da Torre	B	Rua Distrito Lobato, Quinta de Cima	2007	2840-348	21 227 4320/30
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	Fernão Ferro	USF FFMais Fernão Ferro	B	Rua da República lotes 335/337 Morgados Terceiros	2006	2865-634	21 212 82 30/38
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	União das freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires	USF Pinhal de Frades	B	Travessa das Pereiras	2009	2840-354	21 226 00 70
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	Amora	USF Rosinha	B	Largo da Rosinha	2007	2845-422	21 227 35 00
ALMADA - SEIXAL	SETÚBAL	SEIXAL	Corroios	USF Servir Saúde	B	Rua dos Catos, Quinta do Brasileiro Miratejo	2006	2855-207	21 255 64 00
AMADORA	LISBOA	AMADORA	Falagueira-Venda Nova	USF Amato Lusitano	B	Rua João de Deus nº 2, 2ª, Venda Nova	2006	2700-488	214 992 313
AMADORA	LISBOA	AMADORA	Venteira	USF Arco	A	Largo Doutor Dário Gandra Nunes nº1	2009	2704-511	214 930 113
AMADORA	LISBOA	AMADORA	Águas Livres	USF Conde de Lousã	A	Praça Conde da Lousã	2009	2720-122	214 906 210

AMADORA	LISBOA	AMADORA	Mina de Água	USF Ribeiro Sanches	A	Rua Francisco Bugalho, 5 - B	2012	2700-400	214929120
AMADORA	LISBOA	AMADORA	Falagueira-Venda Nova	USF Venda Nova	A	Rua João de Deus nº 2, 2ª, Venda Nova	2012	2700-488	214 992 400
AMADORA	LISBOA	AMADORA	Reboleira	USF ALMA MATER	A	Rua Capitão Plácido de Abreu , nº2	2013	2700 - 156	214988402

ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	BARREIRO	União das freguesias de Barreiro e Lavradio	USF Eça	A	Rua Eça de Queirós nº38	2009	2830-344	212 069 600
ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	BARREIRO	União das freguesias de Barreiro e Lavradio	USF Lavradio	B	Rua D. José Cárcamo Lobo	2009	2835-372	212 059 300
ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	BARREIRO	União das freguesias de Alto do Seixalinho, Santo André e Verderena	USF Quinta da Lomba	B	Rua Jornal Heraldo, Santo André	2008	2830	212 170 840
ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	BARREIRO	União das freguesias de Barreiro e Lavradio	USF Ribeirinha	A	Terminal Rodo-Ferro-Fluvial do Barreiro - Av. Da Liberdade, Edifício Pingo Doce, 1º andar	2012	2830-245	212 069 900
ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	MOITA	União das freguesias de Baixa da Banheira e Vale da Amoreira	USF Querer Mais	A	Rua João Villaret	2009	2835-254	212 029 040
ARCO RIBEIRINHO	SETÚBAL	MONTIJO	União das freguesias de Montijo e Afonsoeiro	USF AFONSOEIRO	A	Rua D. Francisco Manuel de Melo, n.º 71	2011	2870-422	212 309 870
ARRÁBIDA	SETÚBAL	PALMELA	Palmela	USF Santiago de Palmela	B	Rua S. Filipe Estrada do Outeiro	2008	2950-483	212 339 800
ARRÁBIDA	SETÚBAL	SESIMBRA	Quinta do Conde	USF Conde Saúde	B	Rua Latino Coelho, lotes 1668-1674	2012	2975	212274328
ARRÁBIDA	SETÚBAL	SESIMBRA	Sesimbra (Castelo)	USF do Castelo	B	Estrada do Casalão	2006	2970-481	21 268 92 80
ARRÁBIDA	SETÚBAL	SETÚBAL	União das freguesias de Setúbal (São Julião, Nossa Senhora da Anunciada e Santa Maria da Graça)	USF Luísa Todi	A	Avenida Alexandre Herculano, n.º 48	2011	2900-205	265540290
ARRÁBIDA	SETÚBAL	SETÚBAL	União das freguesias de Setúbal (São Julião, Nossa Senhora da Anunciada e Santa Maria da Graça)	USF São Filipe	A	Rua Batalha do Viso nº 46	2012	2900-264	265536570
ARRÁBIDA	SETÚBAL	SETÚBAL	SADO	USF SADO	A	Rua Manuel Francisco Novo, Santo Ovídeo	2015	2910-357	265790460
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	Alcabideche	USF Alcals	A	Rua Rio das Grades, Piso 1	2008	2645-037	214 604 531/30
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Carcavelos e Parede	USF Artemisa	A	Rua José Elias Garcia, 1087, Piso 1	2008	2775-218	214 547 071/72/73
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Cascais e Estoril	USF Cidadela	A	Rua Padre Moisés da Silva, Piso 1	2009	2750-437	214824653/54/55
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Cascais e Estoril	USF Costa do Estoril	A	Rua Egas Moniz, 9010, Piso 1	2009	2765-005	214 643 713/14
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	São Domingos de Rana	USF Emergir	A	Avenida Nova Aliança, Piso 0	2008	2785-289	214 489 620/30
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Carcavelos e Parede	USF Kosmus	A	Rua José Elias Garcia, 1057, Piso 1	2011	2775-218	214547051/52/53

CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Cascais e Estoril	USF Marginal	B	Rua Egas Moniz nº9010, Piso 2	2007	2765-005	214 643 712
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Cascais e Estoril	USF S. João Estoril	A	Rua Egas Moniz, 9010 - Edifício São João do Estoril	2014	2765-005	214643752
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	União das freguesias de Carcavelos e Parede	USF Carcavelos	A	Rua Tenente Coronel Melo Antunes	2015	2775	917895152

CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	São Domingos de Rana	USF S. Domingos de Gusmão	A	Rua Nova Aliança, Piso 1	2008	2785-289	214 489 620/50
CASCAIS	LISBOA	CASCAIS	Alcabideche	USF São Martinho de Alcabideche	A	Rua Rio das Grades, Piso 0	2012	2645-037	214604520
ESTUÁRIO DO TEJO	LISBOA	ARRUDA DOS VINHOS	Arruda dos Vinhos	USF ARRUDA	A	Avenida Eng. Adriano Brito da Conceição, nº6	2013	2630-243	
ESTUÁRIO DO TEJO	LISBOA	VILA FRANCA DE XIRA	União das freguesias de Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras	USF Castanheira do Ribatejo	A	Rua Dr. José Azeredo Perdigão - Edifício UCSP Castanheira do Ribatejo	2012	2600-645	263 286 100
ESTUÁRIO DO TEJO	LISBOA	VILA FRANCA DE XIRA	União das freguesias de Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa	USF Forte	A	Rua 25 de Abril	2009	2625-468	219 535 200
ESTUÁRIO DO TEJO	LISBOA	VILA FRANCA DE XIRA	Vila Franca de Xira	USF Terras de Cira	A	Rua António Lúcio Batista n.º 6 - Edifício UCSP Vila Franca Xira	2012	2600	263 279 650
ESTUÁRIO DO TEJO	LISBOA	VILA FRANCA DE XIRA	Vialonga	USF Villa Longa	B	Rua Prof. Reynaldo dos Santos, Lote19	2008	2625-623	219 527 520
ESTUÁRIO DO TEJO	SANTARÉM	BENAVENTE	Samora Correia	USF Samora Correia	B	Praceta Padre Camilo	2008	2135	263 650 900
ESTUÁRIO DO TEJO	SANTARÉM	BENAVENTE	Benavente	USF BENAVENTE	A	Rua Joaquim Rodrigues Parracho	2013	2130-060	
LEZÍRIA	SANTARÉM	CARTAXO	União das freguesias de Cartaxo e Vale da Pinta	USF Cartaxo Terra Viva	A	Rua do Progresso nº2	2009	2070-085	244 700 658; 243 700 664
LEZÍRIA	SANTARÉM	SANTARÉM	Alcanede, Amiais de Baixo e Gançaria	USF Foral Novo	A	Rua da Saudade S/N	2016	2025-034	243409110
LEZÍRIA	SANTARÉM	CARTAXO	Pontével	USF D. Sancho I	B	Rua Venilde Anastácio	2007	2070-416	243700810
LEZÍRIA	SANTARÉM	CHAMUSCA	União das freguesias da Chamusca e Pinheiro Grande	USF Chamusca	A	Lrg Sacadura Cabral	2010	2140-133	249 769 178
LEZÍRIA	SANTARÉM	CORUCHE	União das freguesias de Coruche, Fajarda e Erra	USF Vale do Sorraia	B	Est. da Lamarosa, Santo Antonino	2008	2100-042	243 610 500/1/3
LEZÍRIA	SANTARÉM	GOLGÃ	Golegã	USF CampuSaúde	A	Rua Carlos Mendes Gonçalves s/n	2010	2150-204	249 979 180
LEZÍRIA	SANTARÉM	RIO MAIOR	Rio Maior	USF Salinas Rio Maior	A	Avª Portugal, s/n CASAL SERÓDIO	2010	2040-349	243 999 211



LEZÍRIA	SANTARÉM	SANTARÉM	União das freguesias de Santarém (Marvila), Santa Iria da Ribeira de Santarém, Santarém (São Salvador) e Santarém (São Nicolau)	USF Almeida Garrett	B	Av. António Bastos, nº 2	2009	2005-193	243 303234
LEZÍRIA	SANTARÉM	SANTARÉM	Pernes	USF Alviela	B	Rua Comendador José Gonçalves Pereira	2006	2000-495	243 479 253
LEZÍRIA	SANTARÉM	SANTARÉM	União das freguesias de Santarém (Marvila), Santa Iria da Ribeira de Santarém, Santarém (São Salvador) e Santarém (São Nicolau)	USF Planalto	A	Rua António Bastos, Nº 2	2009	2005-193	243 303 231/2
LEZÍRIA	SANTARÉM	SANTARÉM	União das freguesias de Santarém (Marvila), Santa Iria da Ribeira de Santarém, Santarém (São Salvador) e Santarém (São Nicolau)	USF S. Domingos	B	R. Comendador Ladislau Teles Botas	2006	2005-259	243 330 608
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Santo António	USF Arco	A	Travessa do Noronha nº 5 A, R/C	2012	1250-169	213 947 310

LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Olivais	USF Jardins da Encarnação	A	Alameda da Encarnação	2013	1800-192	218507077
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Penha de França	USF Monte Pedral	A	Rua Adolfo Coelho nº 9	2009	1900-028	218 124 910
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Penha de França	USF Oriente	A	Avenida Afonso III, lote 16	2012	1900-039	218101010
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Marvila	USF São João Evangelista dos Lóios	B	Rua José Pedro Pezerat nº 11	2008	1950-000	218 366 070
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Arroios	USF Sétima Colina	A	Rua Angelina Vidal, 73	2012	1170-018	218108010
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Campo de Ourique	USF Sofia Abecassis	A	Travessa de Santa Quitéria nº 37	2013	1250-210	213 963 287
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Olivais	USF Vasco da Gama	A	Alameda da Encarnação	2013	1800-192	218507000
LISBOA CENTRAL	Lisboa	Lisboa	Misericórdia	USF Ribeira Nova	A	Rua da Ribeira Nova	2014	1200-375	213405550
LISBOA CENTRAL	LISBOA	LISBOA	Areeiro e Arroios	USF FONTE LUMINOSA	A	Rua Carvalho Araújo	2015	1900-140	
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Carnide	USF Carnide Quer	B	Azinhaga do Serrado-Quinta do Bacelo	2007	1600-765	217 112 310
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Lumiar	USF Conchas	A	Alameda das Linhas de Torres nº243	2010	1750-144	217 527 110
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Benfica	USF Gerações	A	Rua Doutor José Baptista de Sousa nº15, 4º Piso	2009	1500-244	217 125 194
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Benfica	USF Luz	B	Rua Doutor José Baptista de Sousa nº15, R/C	2009	1500-244	217 125 191
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Alvalade	USF Parque	B	Av. do Brasil, n.º 53, Pavilhão 33 - Parque de Saúde de Lisboa	2009	1749-080	217 816 474
LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	Benfica	USF Rodrigues Migueis	B	Rua Tenente Coronel Ribeiro dos Reis	2006	1500-588	217 107 200

LISBOA NORTE	LISBOA	LISBOA	São Domingos de Benfica	USF Tílias	B	Bairro Novo das Furnas - Rua Padre Carlos dos Santos Bloco B-1º	2006	1500-901	217 220 090
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	LISBOA	Belém	USF DESCOBERTAS	B	Rua Fernão Mendes Pinto, 19	2009	1400-145	213 039 090
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	LISBOA	Campo de Ourique	USF Santo Condestável	A	Rua do Patrocínio nº 60	2012	1350-230	213 913 220
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	LISBOA	Ajuda	USF AJUDA	A	Travessa das Florindas, n.º 5	2013	1300-250	
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	OEIRAS	União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias	USF Conde de Oeiras	A	Avª Salvador Allende	2009	2780-163	214 400 132

LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	OEIRAS	União das freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada-Dafundo	USF Dafundo	B	Prac. Bombeiros Voluntários do Dafundo nº7	2006	1495-713	214 209 940
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	OEIRAS	União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias	USF DELTA	B	Av. António Bernardo Cabral Macedo	2007	2770-219	214 540 811
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	OEIRAS	União das freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada-Dafundo	USF Jardim dos Plátanos	A	Largo Prof. Fernando da Fonseca, nº 10, 1º	2012	2799-534	214205110
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	OEIRAS	União das freguesias de Oeiras e São Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias	USF S. Julião	B	Avª Salvador Allende	2007	2780-163	214 540 911
LISBOA OCIDENTAL E OEIRAS	LISBOA	Oeiras	Oeiras	USF OEIRAS	A	N/D	2013		
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas	USF ARS Médica	B	Av. Carlos de Andrade	2009	2660-243	219 897 841/42
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	Loures	USF Loures Saudável	A	Rua Angra do Heroísmo, Mealhada,	2009	2670-487	219 825 101/02
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Santo António dos Cavaleiros e Frielas	USF Magnólia	B	Av. Carlos de Andrade	2007	2660-243	219 897 843/40
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	Loures	USF Parque Cidade	A	Rua Angra do Heroísmo, Mealhada	2009	2670-487	219 825 125
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Sacavém e Prior Velho	USF Prior Velho	A	Rua de Moçambique	2012	2685	219428010
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	Santa Iria de Azóia	USF Valflores	A	Rua São Francisco Xavier nº16	2014	2690-374	219591927
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Santa Iria de Azóia, São João da Talha e Bobadela	USF São João da Talha	B	Rua Maria da Conceição Costa - Bº Operário	2008	2695-845	219 959 947/49
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Moscavide e Portela	USF Tejo	B	Rua Mário F. Santos	2010	1885-054	219449200
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União das freguesias de Sacavém e Prior Velho	USF Travessa da Saúde	B	Urbanização Terraços da Ponte	2010	2685-101	219 492 440
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	Pontinha	USF NOVO MIRANTE	A	Estrada Correia S/N Pontinha - Carnide	2015	1600-153	
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	LOURES	União de Freguesias Sacavém e Prior Velho	USF SACAIVÉM	A	Urbanização Terraços da Ponte	2015	2685-101	219492400

LOURES - ODIVELAS	LISBOA	ODIVELAS	Odivelas	USF Cruzeiro	A	Av. Prof. Dr. Augusto Abreu Lopes nº36	2011	2675-297	219 347 470
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	ODIVELAS	Odivelas	USF Ramada	B	Rua Bartolomeu Perestrelo	2010	2620	219346183
LOURES - ODIVELAS	LISBOA	ODIVELAS	Póvoa de Santo Adrião	USF GENESIS	A	Rua Henriques dos Santos	2013	2620-183	219380230
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	ENTRONCAMENTO	Nossa Senhora de Fátima	USF Locomotiva	B	Rua Dr. Miguel Bombarda	2010	2330-017	249 720 940
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	ABRANTES	ABRANTES	USF D. Francisco de Almeida	A	Rua Nossa Sra. da Conceição	2016	2200-392	241360781
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	OURÉM	Fátima	USF Fátima	A	Rua Jacinto Marto	2012	2495-495	249531836

MÉDIO TEJO	SANTARÉM	OURÉM	Santa Maria da Piedade	USF AUREN	A	Rua Dr. Armando Reis Vieira	2014	2490-546	
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	TOMAR	União das freguesias de Tomar (São João Baptista) e Santa Maria dos Olivais	USF Marmelais	A	Rua Alfredo Maia Pereira 2	2007	2300-449	249 328 400
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	TOMAR	União das freguesias de Tomar (São João Baptista) e Santa Maria dos Olivais	USF Santa Maria Tomar	B	Rua Nabância nº 14	2006	2300-469	249 329 720
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	TORRES NOVAS	União das freguesias de Torres Novas (São Pedro), Lapas e Ribeira Branca	USF Almonda	A	Praceta Entre Águas	2012	2350-761	249822345
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	TORRES NOVAS	Riachos	USF Nove Torres	A	Rua Dr. Rivotti	2012	2350-365	249 829 298
MÉDIO TEJO	SANTARÉM	VILA NOVA DA BARQUINHA	Vila Nova da Barquinha	USF BARQUINHA	A	Rua Dissay, 14	2013	2260-400	249720900
OESTE NORTE	LEIRIA	ALCOBAÇA	União das freguesias de Alcobaca e Vestiaria	USF PEDRO e INES	B	Rua do Hospital	2009	2460-051	262590510
OESTE NORTE	LEIRIA	ALCOBAÇA	União das freguesias de Pataias e Martingança	USF PINHAL REI	A	Largo do Cruzeiro	2009	2445-261	244585090
OESTE NORTE	LEIRIA	ALCOBAÇA	Benedita	USF SANTA MARIA BENEDITA	B	Rua Luís de Camões, s/n	2008	2475-135	262925490
OESTE NORTE	LEIRIA	CALDAS DA RAINHA	União das freguesias de Caldas da Rainha - Nossa Senhora do Pópulo, Coto e São Gregório	USF Bordalo Pinheiro	B	Rua Centro de Saúde, 1	2010	2500-241	262840448
OESTE NORTE	LEIRIA	CALDAS DA RAINHA	União das freguesias de Caldas da Rainha - Nossa Senhora do Pópulo, Coto e São Gregório	USF RAINHA Dª LEONOR	B	R Centro de Saúde, 1	2009	2500-241	262870388
OESTE NORTE	LEIRIA	CALDAS DA RAINHA	União das freguesias de Tornada e Salir do Porto	USF TORNADA	B	Estrada Nacional 8, nº27 r/c Dto	2008	2500-315	262836005
OESTE NORTE	LEIRIA	NAZARÉ	Nazaré	USF Global	A	Rua Caixins	2013	2450-125	262569120

OESTE NORTE	LEIRIA	NAZARÉ	Nazaré	USF NAZARETH	A	Rua Caxins	2009	2450-125	262569124
OESTE SUL	LISBOA	LOURINHÃ	União das freguesias de Lourinhã e Atalaia	USF D. Jordão	B	Av.Dr. Catanho de Menezes	2009	2530-117	261 417 951
OESTE SUL	LISBOA	MAFRA	Mafra	USF Andreas	B	Rua Domingos Machado Pereira	2009	2640-475	262 818 100
OESTE SUL	LISBOA	MAFRA	ERICEIRA	USF OURICEIRA	A	Rua Frei Fernão Rodrigues Monteiro	2011	2655-354	261860650
OESTE SUL	LISBOA	Sobral de Monte Agraço	Sobral de Monte Agraço	USF Costa Campos	A	Rua Francisco Lázaro, n.º 24 1º Andar	2013	2590-081	261 940 242
OESTE SUL	LISBOA	TORRES VEDRAS	União das freguesias de Torres Vedras (São Pedro, Santiago, Santa Maria do Castelo e São Miguel) e Matações	USF Arandis	B	Rua Fernando Barros Ferreira Leal	2006	2560-253	261 336 371
OESTE SUL	LISBOA	TORRES VEDRAS	União das freguesias de Torres Vedras (São Pedro, Santiago, Santa Maria do Castelo e São Miguel) e Matações	USF Gama	B	Rua Fernando Barros Ferreira Leal	2006	2560-253	261 336 360
OESTE SUL	Torres Vedras	SANTA CRUZ	União das freguesias de Torres Vedras (S. Pedro, Santiago, Santa Maria do Castelo, S. Miguel) e Matações	USF SANTA CRUZ	A	Avenida Joaquim Agostinho Nº 15,Silveira	2015	2560-521	261937198

SINTRA	LISBOA	SINTRA	Rio de Mouro	USF Albasáude	A	Bairro da Tabaqueira, Albarraque	2009	2635-101	21 915 63 20
SINTRA	LISBOA	SINTRA	Rio de Mouro	USF Alphamouro	B	Avª Infante D. Henrique nº39/41	2007	2635-367	21 917 81 31 ou 21 917 81 35
SINTRA	LISBOA	SINTRA	Colares	USF Colares	A	Alameda Coronel Linhares de Lima, 11	2012	2705-351	219281073
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	USF CYNTHIA	A	Rua Dr. Alfredo Costa, nº 34 - 1º Piso - Sintra	2012	2710-523	21 924 77 70
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar	USF Lapiás (Pêro Pinheiro)	A	Rua Alto do Pina, Pero Pinheiro	2010	2715-069	219 678 310
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Massamá e Monte Abraão	USF Mactamá	B	Rua Teixeira de Pascoais,	2008	2745-852	214 398 543
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Massamá e Monte Abraão	USF Mãe d'Água	A	Rua Teixeira de Pascoais	2008	2745-852	214 398 571
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Aqualva e Mira-Sintra	USF Mira Sintra	A	Avª 25 de Abril Lotes 246 a 250 Mira-Sintra	2009	2735-414	219 188 520
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim)	USF Monte da Lua	B	Caminho do Murtal, 28 Urbanização Sopé da Serra Várzea de Sintra	2007	2705-635	219 100 880
SINTRA	LISBOA	SINTRA	Algueirão-Mem Martins	USF Natividade	A	Rua Eng. Santos Nunes nº12/13	2008	2725-444	21 922 64 60

SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias do Cacém e São Marcos	USF S.Marcos	A	Rua Cidade Vitória, São Marcos	2009	2735-654	214 272 710
SINTRA	LISBOA	SINTRA	Cacém	USF FLOR DE LOTUS	A	Rua do Olival, n.º 13 - 15	2013	2735-304	219 138 900
SINTRA	LISBOA	SINTRA	União das freguesias de Massamá e Monte Abraão	USF Monte da Luz	A	Av. da Liberdade 35-36	2014	2745-298	214 309 200

ACES	Distrito	Centro de Saúde	UCC	Telefone	Coordenador
Sintra	Lisboa	Queluz	Abraçar Queluz	214398579	ANA PAULA DUARTE
Sintra	Lisboa	Pêro Pinheiro	Albus Petra	219678310	MARIA BEATRIZ VEIGA SANTOS
Oeste Norte	Leiria	Nazaré	Alcobaça / Nazaré	262590514	MARGARIDA MARIA PEREIRA SILVA VIEIRA ARAÚJO
Estuário do Tejo	Lisboa	Alenquer	Alenquer	263731340	MARIA AMÁLIA SOUSA SANTOS COSTA
Lezíria	Santarém	Almeirim   Alpiarça	Almeirim e Alpiarça	243594350	PAULO JORGE P. DA GUIA
Médio Tejo	Santarém	Vila Nova da Barquinha	Almourol	249720900	MARIA ELISA CAMILO DA SILVA VICENTE
Amadora	Lisboa	Amadora	Amadora Mais	214906217	MARIA DE FATIMA DOS SANTOS RAMALHO ARRABAÇO
Estuário do Tejo	Lisboa	Arruda dos Vinhos	Arruda dos Vinhos	263979142	MARIA EMÍLIA ESTEVES APARÍCIO
Estuário do Tejo	Lisboa	Azambuja	Azambuja	263407619	CARLA ROSA FERREIRA E CUNHA
Arco Ribeirinho	Setúbal	Barreiro	Barreiro	212059399	HELENA PAULA CONCEIÇÃO LANÇA DIAS
Estuário do Tejo	Santarém	Benavente	Benavente	263516147	ANA ZITA BETTENCOURT CORREIA ANTUNES
Sintra	Lisboa	Cacém - Agualva	Cacém Care	219138901	PAULA CRISTINA OLIVEIRA CAMARA
Oeste Sul	Lisboa	Cadaval	Cadaval	262696400	RICARDO PAULO CARIANO ABRANTES PINTO
Oeste Norte	Leiria	Caldas da Rainha	Caldas da Rainha	262870380	SÓNIA CARREIRA
Lezíria	Santarém	Cartaxo	Cartaxo	243700650	CORINA ALVES ZUNIGA FREIRE
Cascais	Lisboa	Cascais	Cascais Care	214643752	MARIA HELENA NUNES AUGUSTO GONÇALVES
Lezíria	Santarém	Chamusca   Golegã	Chamusca e Golegã	248769170	MARIA DO ROSÁRIO COSTA MARTINS
Lisboa Ocidental e Oeiras	Lisboa	Alcântara	Consigo	213630130	MARIA DE FÁTIMA CARDOSO ESTEVES
Médio Tejo	Santarém	Fátima	Cova de Iria	249531836	ANA RITA DE OLIVEIRA FERREIRA ABREU
Sintra	Lisboa	Algueirão - Mem Martins	Cruzeiro de Algueirão e Rio de Mouro	219222159	MARIA HELENA BICA
Lisboa Ocidental e Oeiras	Lisboa	Carnaxide	Cuidar Mais	214188697	LINA MARIA CARDOSO JESUS PEREIRA
Almada / Seixal	Setúbal	Almada   Costa da Caparica   Cova da Piedade	de Almada "A Outra Margem"	212978719	MARIA CÉU GIL CERDEIRA GONÇALVES
Lisboa Norte	Lisboa	Alvalade	ECCI Alvalade	--	--
Lisboa Norte	Lisboa	Benfica	ECCI Benfica	--	--
Lisboa Central	Lisboa	Lapa	ECCI Lapa	--	--

Lisboa Norte	Lisboa	Lumiar	ECCI Lumiar	--	--
Médio Tejo	Santarém	Entroncamento	Entroncamento	249720940	SÓNIA CRISTINA DE MATOS PEREIRA
Cascais	Lisboa	Parede	Girassol - Parede	214547000	FÁTIMA CLEMENTINA GASPAR DA SILVA
Loures / Odivelas	Lisboa	Loures	Loures	219847080	DULCE MARIA GOMES SANTOS CASALEIRO
Oeste Sul	Lisboa	Lourinhã	Lourinhã	261417950	ODÍLIA DOS SANTOS BALTAZAR
Oeste Sul	Lisboa	Mafra	Mafra	261818100	MARIA FÁTIMA CANOA NUNES BAIÃO
Médio Tejo	Santarém	Ferreira do Zêzere	Maria Dias Ferreira	249360092	JOÃO PAULO PALRILHA
Arco Ribeirinho	Setúbal	Alcochete   Montijo	Montijo/Alcochete	212349335	MARIA DO CÉU RATO CALDES LOPES
Loures / Odivelas	Lisboa	Pontinha	Nostra Pontinha	214789265	AUREA GONÇALVES MOTA LONGO GOMES
Médio Tejo	Santarém	Alcanena	Olhos de Água	249889303	JOAQUIM DE OLIVEIRA PEREIRA
Lisboa Central	Lisboa	Olivais	Oriente	218507000	ANTÓNIO JOAQUIM RAMOS GALVÃO
Médio Tejo	Santarém	Ourém	Ourém	249540630	MARIA DE FÁTIMA SANTOS LOPES
Arrábida	Setúbal	Palmela	Palmela	212339859	MARIA ISABEL SANCHES DOS SANTOS
Oeste Norte	Leiria	Peniche	Peniche	262790020	FERNANDA MARIA RODRIGUES VIOLA
Arrábida	Setúbal	São Sebastião   Setúbal - Bonfim	Península Azul	265531200	MARGARIDA MARIA PINTO FERREIRA
Lezíria	Santarém	Coruche	Ponte para a Saúde	243610508	MARIA CARLA BENTO DE OLIVEIRA RUIVO DE SOUSA
Lezíria	Santarém	Rio Maior	Rio Maior	243999200	MARIA CELESTE DIAS LOURENÇO NOGUEIRA
Loures / Odivelas	Lisboa	Sacavém	Sacavém	219492400	ANA ISABEL ELISÁRIO DOS REIS LEBRES
Lezíria	Santarém	Salvaterra de Magos	Salvaterra de Magos	263500470	ISILDA ALVES CORDEIRO
Lezíria	Santarém	Santarém	Santarém	243307146	MARIA MANUELA NUNES VIEIRA DE CAMPOS
Lisboa Ocidental e Oeiras	Lisboa	Oeiras	Saúdar	214400103	MARIA FÁTIMA LOUREIRO FIÚZA CHUMBO
Arco Ribeirinho	Setúbal	Moita	Saúde à Beira Tejo	212806460	ANA VICENCIA CARREIRO MARONEL SANCHES
Loures / Odivelas	Lisboa	Odivelas	Saúde a Seu Lado	219347440	ISABEL MERCEDES MENDES NUNES FONSECA

(atualizado a 07-10-2016) (Nota: para consultar a USF pretendida introduza "Ctrl+F" e digite o termo da pesquisa)

Arco Ribeirinho	Setúbal	Baixa da Banheira	Saúde na Rua	212029064	MAFALDA ISABEL CARDOSO GOMES ROSA
Almada / Seixal	Setúbal	Seixal	Seixal	212274819	SUZANA ERMELINDA FERREIRA SANTOS
Arrábida	Setúbal	Sesimbra	Sesimbra	212289600	ANA ROSA FRANCO GABOLEIRO
Lisboa Norte	Lisboa	Sete Rios	Sete Rios	217211800	ANA CRISTINA MARTINS MENDES DOS SANTOS
Sintra	Lisboa	Sintra	Sintra Saludem	219605276	TERESA FORTE
Oeste Sul	Lisboa	Sobral de Monte Agraço	Sobral de Monte Agraço	261940230	SANDRA DOLORES PORTUGAL FERRADOR
Médio Tejo	Santarém	Torres Novas	Torres Novas	249822345	ANA LUÍSA DE OLIVEIRA CONDE
Oeste Sul	Lisboa	Torres Vedras	Torres Vedras	261336350	RICARDO PAULO CARIANO ABRANTES PINTO
Estuário do Tejo	Lisboa	Vila Franca de Xira	Vila Franca de Xira	219518320	PAULO JORGE MENDES CUNHA

(atualizado a 07-10-2016) (Nota: para consultar a USF pretendida introduza "Ctrl+F" e digite o termo da pesquisa)

### **Anexo 3**

“Comunicado da *World Pshychiatric Association* sobre a importância de se focar na melhoria dos cuidados de saúde mental no âmbito da saúde mental perinatal”



**FOR IMMEDIATE RELEASE**

**MEDIA RELEASE**

### **WPA calls for greater global focus on improving quality of mental health care for women in the perinatal phase**

**Geneva, 8<sup>th</sup> March 2017.** To coincide with International Women's Day, the World Psychiatric Association (WPA) has issued a statement which calls for an improved worldwide focus on perinatal mental healthcare. In today's statement, the WPA outlines **12** recommendations for healthcare professionals and policy makers around perinatal mental healthcare which are designed to improve pregnancy outcomes, reduce maternal and infant morbidity and mortality, improve care of the infant and enhance the mother infant relationship.

Mental disorders are among the most common health problems of pregnancy and the year after birth (the perinatal period), with more than 10% of women in high income settings experiencing a disorder, and more than 25% in many low and middle income countries (LMICs).<sup>1,2</sup> The perinatal period is a time when there is an increased risk of psychiatric episodes.<sup>3</sup> Mental health disorders can impact on pregnancy outcomes (e.g. low birthweight, prematurity); mother-baby interactions which are associated with an increased risk of child behavioural, cognitive and emotional problems internationally; impaired growth in children from LMICs; infant mortality; and maternal mortality resulting from suicide, substance misuse, domestic violence homicides and comorbid physical health problems (including HIV).<sup>3,4,5</sup>

The 'WPA Perinatal mental health position statement' was developed by 12 experts from 8 countries and calls for:

1. **mental health data** to include information on whether women are pregnant, have recently experienced any obstetric issues or have recently given birth.
2. all care providers in contact with women in the perinatal period to **be trained to be equipped** with knowledge and skills to identify and treat, or refer for treatment, women with perinatal mental disorders.
3. integration of **psychosocial assessments and core packages of mental health services** into routine antenatal and postnatal care and establishing of effective referral mechanisms.
4. all health professionals and other care providers to look **beyond depression** and focus on other symptoms of anxiety, PTSD, somatic symptoms
5. all care providers to provide, or refer appropriately for, pre-pregnancy consultation including contraceptive services for childbearing aged women with **a past, current or new mental illness**.
6. maternity and primary care services to provide universal accurate and accessible information about emotional and physical health, to **de-stigmatise mental illnesses**, in addition to providing a range of specific information related to the perinatal period.
7. all health professionals caring for women with, or at risk of, perinatal mental illnesses to develop an **integrated care plan** in collaboration with women, their partners and their families.
8. policy makers to develop **evidence-based policy** for prevention, early intervention and treatment for women in the perinatal period
9. policy makers to work with National associations to ensure that there are **relevant and affordable medication options** available on the essential drug list suitable for women of reproductive age in LMICs.
10. research funders to provide support for research on the **effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychosocial interventions**.



11. all relevant stakeholders to **address stigma** related to mental illness and to recognise the 'embedding opportunities' in the maternal mental health field
12. the development, evaluation and implementation of **interventions for health promotion and enhancement of maternal well-being**

**Dinesh Bhugra, President of the World Psychiatric Association** said: "It is important that the prevalence of mental disorders in women in the perinatal phase be recognised. There is an opportunity to integrate mental health into maternity and child programmes within local cultural contexts. Healthcare providers, policy makers, national associations and research funders alike must come together to acknowledge the need to improve the care and support provided to mothers and infants and implement interventions to diminish mental health stigmatisation."

The full position statement can be read at [http://www.wpanet.org/uploads/Position\\_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf](http://www.wpanet.org/uploads/Position_Statement/WPA%20perinatal%20position%20statement%20FINAL.pdf).

**For further information or to arrange an interview with Dinesh Bhugra or another member of the WPA Executive Committee, please contact:**

Email: [wpamedia@munroforster.com](mailto:wpamedia@munroforster.com)

Direct: +44 20 7089 6104

Mobile: +44 7817 864 815

#### **NOTES TO EDITORS:**

##### **About the World Psychiatric Association (WPA)**

The WPA is the world's leading psychiatry organization. It is an association of national psychiatric societies, which aims to enhance the knowledge and skills necessary to work effectively in the field of mental health and in the care of people with mental illness. It has 139 member societies from 117 countries representing over 225,000 psychiatrists.

The WPA has more than 72 individual scientific sections that cover almost every aspect of psychiatry. The purpose of the sections is to collect, analyse and disseminate information on research, training and services in the specific areas of psychiatry and mental health that they represent.

The WPA works to achieve the objectives through meetings, research, education, publications and collaboration with other health/ mental health and government organizations. Visit <http://www.wpanet.org/> for further information.

#### **References**

- 1 Fisher J *et al.* Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lowermiddle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90:139-149
- 2 Howard LM *et al.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384:1775-788
- 3 Stein A *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet.* 2014;384:1800-19 4 Weobong B *et al.* Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open.* 2015 Aug 27; 5(8):e006509. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006509.
- 5 Langer A *et al.* Women and Health: the key for sustainable development. *Lancet.* 2015. doi: 10.1016/S01406736(15)60497-4.

## **Anexo 4**

“Linha de Apoio da *Perinatal Anxiety & Depression Australia*”

What happens when I call PANDA?

**You can call *The National Perinatal Anxiety and Depression Helpline* on 1300 726 306 Monday-Friday 10am - 5pm (AEST / ADST)**

Your call will be answered by a counsellor who will seek some basic contact details and ask a few questions about what prompted you to call the Helpline and about your own and your baby's immediate safety. While you can choose to remain anonymous most of our callers don't. From here the call unfolds for you as a storytelling experience. We want to understand what you are concerned about and how it is affecting you and your family.

If all counsellors are on calls you are encouraged to leave a brief message on the answering machine and you will receive a call back as soon as possible within the same day.

### Why would I call PANDA?

Most people call PANDA to seek support for themselves. However, we also receive calls from concerned partners, family, friends and health professionals. Being a parent can be very emotional and challenging, often in ways we don't expect. Sharing your story with someone who understands what you are going through can be a valuable step in your parenting journey.

Some people call because they are finding the transition to parenting tricky. Others call because they are worried they may be experiencing perinatal anxiety or depression. Generally something has prompted them to make that first call. Some of the reasons we hear are:

I don't know what's going on but I just don't feel like myself

I cannot stop thinking about the birth.....it was nothing like I had planned

I just yelled at my toddler.....I am not the parent I wanted to be

I am so tired I can't do this anymore

I hate being a mother.....I feel so guilty

I am struggling in my relationship....everything has changed since the birth of my baby

I'm not sure I should be having this baby

I had thoughts of driving into a tree this morning, it scared me, I need help

**You do not need a diagnosis** of perinatal anxiety or depression to call PANDA. Almost everyone who calls is seeking to make sense of unfamiliar thoughts and feelings. It is not our role to provide you with a diagnosis. Rather

we aim to help you understand what is happening for you and your family, and to provide information and options for you to get additional support.

### **The first call**

The first call is about listening to your story. The telephone counsellor will provide you with a safe confidential space for you to talk openly and honestly about your thoughts, feelings and experiences around pregnancy and parenthood. We will explore what supports you currently have in place and whether you would benefit from others.

PANDA maintains a database of perinatal service providers to help find you the support you need as close to you as possible. The counsellor will develop an action plan including referrals, ideas and strategies that will help support you.

### **Follow up calls**

After the first call, it's up to you whether you would like to continue to receive telephone counselling support. PANDA provides a follow up service aimed to support you as you navigate your new parenting role and relationship changes; try out new strategies to manage difficult thoughts and feelings; and connect with services in your community. We hear each day of the many obstacles faced when trying to access the 'right' help at the 'right' time. A large part of our role is to help overcome these obstacles. We can follow up with you until you are feeling well connected and able to manage without the additional support. You are free to call PANDA again at any time.

### **Confidentiality**

Any information you share with PANDA will be treated as confidential unless there are serious concerns for the safety of you or someone else, in which case we will need to engage support to help keep you or another safe. We will make all attempts to work with you in this process.

Notes will be made of your conversation and stored in PANDA's secure client record system to ensure continuity of service (see Privacy Policy for further information).

We are grateful to the Australian Department of Health for funding this vital program.



**Australian Government**  
**Department of Health**

## **APÊNDICES**

## **Apêndice 1**

“Descrição de tarefas e resultados esperados para os estágios”

## **Descrição de Tarefas e resultados esperados**

Atendendo ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, a Ordem dos Enfermeiros (2010) assevera que o enfermeiro especialista em saúde mental cuida a pessoa, a família, o grupo e a comunidade ao longo do ciclo vital, promovendo a saúde mental, prevenindo a doença mental intervindo terapêuticamente também no tratamento e reabilitação psicossocial dos respetivos.

Através da leitura do presente projeto torna-se claro que o grupo-alvo que este incorpora, implica que o foco do seu desenvolvimento assente no trabalho com a mulher e respetiva família, aquando da adaptação à maternidade.

O trabalho a ser desenvolvido em contexto de estágio, tende a promover a aquisição de competências não só com o grupo-alvo, como também através do confronto com outro tipo de populações (crianças e jovens).

Atendendo à finalidade do projeto, é de todo o meu interesse explorar e tentar desenvolver o máximo de unidades de competência possíveis ao longo de ambos os estágios e elaboração de TI. Contudo, e tendo como certo que as limitações temporais que envolvem o desenvolvimento do estágio não permitirão o desenvolvimento sólido de todas as que integram os regulamentos, resta-me enaltecer determinadas unidades de competência através das atividades que atualmente considero pertinentes e viáveis de serem realizadas.

Tendo os últimos aspetos em consideração, para promover o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista** pretendo desenvolver as seguintes atividades:

Domínio de competência	Unidade de competência	Designação da Tarefa	Descrição da Tarefa
<b>Competências do domínio da responsabilidade e profissional, ética e legal</b>	<b>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção</b>	A – Pedido de consentimento e respeito pela decisão das clientes que participam no T.I.	Redação e envio de documento que informa as participantes sobre o projeto de investigação que irei realizar, ficando a aguardar a sua autorização para utilização dos seus testemunhos.
	<b>Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</b>	B – Consulta de informação clínica	Consulta de informação clínica de todos os clientes que me forem atribuídos
<b>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade</b>	<b>Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</b>	C – Avaliação das intervenções e análise dos resultados obtidos	Aquando da realização das intervenções (de qualquer âmbito) que delinearei e dinamizarei nos estágios, serão todas avaliadas por mim, de acordo com os indicadores estabelecidos e pelos participantes. Os resultados serão trabalhados com vista a compreender o impacto das intervenções.
	<b>Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;</b>	D – Atualização quanto aos indicadores utilizados e normas dos locais de estágio.	Aquando da minha integração nos respetivos locais de estágio, considero importante atualizar-me quanto aos indicadores utilizados e às normas necessárias para promover a melhoria contínua da qualidade nos respetivos locais ao longo da realização dos estágios.
	<b>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</b>	E – Registos Confidenciais	Os registos realizados ao longo do estágio serão tratados com o sigilo respetivo, assim como as notas de campo que farei diariamente, serão guardadas em local próprio, tratadas a máxima confidencialidade.
<b>Competências do domínio da gestão dos cuidados</b>	<b>Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</b>	F – Perceção sobre a articulação da equipa de enfermagem e multidisciplinar	Antes de mais, tentarei compreender de que forma se articulam todos os profissionais que da equipa multidisciplinar fazem parte, e como é que isso contribui beneficentemente para a prestação de cuidados nos respetivos locais.



	<b>Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados</b>	G – Planeamento de intervenções terapêuticas	Antes de planear/definir qualquer tipo de intervenção terapêutica, a mesma será alvo de estudo e discussão com a orientadora no local de estágio, tendo em conta as necessidades das clientes e os recursos existentes.
<b>Competências do domínio das aprendizagens profissionais</b>	<b>Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;</b>	H – Desenvolvimento do autoconhecimento	O diálogo frequente com as minhas orientadoras no estágio para compreender o feedback das minhas intervenções, assim como a realização de reflexões frequentes serão formas de contribuírem para o desenvolvimento do meu autoconhecimento
	<b>Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.</b>	I – Prática nos estágios baseada na evidência	Qualquer tipo de intervenção delineada no projeto de estágio, ou qualquer outra preconizada será sempre baseada na evidência científica existente, e na empírica que eu pretendo adquirir através dos estágios, e da que também terei oportunidade de observar e discutir com as orientadoras que me serão atribuídos no local de estágio.

Para promover o desenvolvimento das **competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental** pretendo desenvolver as seguintes atividades:

Domínio de competência	Unidade de competência	Designação da Tarefa	Descrição da Tarefa
<b>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</b>	<i>Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas</i>	J - Reflexões	Realização de uma reflexão semanal com base na metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs, sobre as minhas práticas e trabalho realizado.
		L – Diálogo com orientadores	Diálogo com orientadores, sempre que possível para receber feedback sobre as minhas ideias, intervenções e esclarecer questões.

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	M – Realização da técnica da Entrevista	Aplicação da técnica da entrevista quando necessário e/ou possível, de acordo com as orientações dadas pela enfermeira orientadora de cada estágio
		N – Observação do comportamento	Observação do comportamento de cada cliente, família, grupo e/ou comunidade com quem inicio ou mantenho uma interação, tendo em conta os vários pressupostos aprendidos ao longo do curso.
	Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos	O – Mostra de Disponibilidade	Não sabendo atualmente se no momento da realização do estágio terei a oportunidade de desenvolver e/ou participar em algum projeto que inicie e/ou que decorra relacionado com a respetivas áreas, decerto que a minha disponibilidade e utilização de todos os recursos de que disponho, será uma constante para o efeito, caso surja essa possibilidade.
		P – Artigo para blogue “Mulher, Filha & Mãe”	Realizar, no mínimo, um artigo semanal a publicar no blogue “Mulher, Filha & Mãe” sobre alterações psicopatológicas no pós-parto.
Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Q – Realização de estudo de caso	Realização de, pelo menos, um estudo de caso por cada local de estágio.
		R – Utilização da taxonomia de cada serviço	Tomada de conhecimento, aprendizagem e utilização da taxonomia de cada serviço para a realização dos diagnósticos de saúde mental.
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	S – Plano de cuidados	Elaboração de um plano de cuidados afeto à saúde mental para cada cliente que me for atribuído e respetiva validação com a orientadora, de forma a esclarecer dúvidas e ajustá-lo, caso seja necessário.
		T – Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem	Tomada de conhecimento sobre os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de cada local, tendo-os como referência para cada intervenção.
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com		

	<i>base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados</i>	U – Elaboração do Programa A.M.A.	Elaboração do Programa A.M.A. a conceptualizar ao longo da permanência dos estágios e da realização do trabalho de investigação, elaborando-o descritivamente após o término dos últimos.
<i>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</i>	<i>Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde</i>	V – Conhecer os recursos de saúde existentes	Conhecer os recursos de saúde existentes em Portugal, Europa e/ou no Mundo e que fornecem apoio às mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto
<i>Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde</i>	<i>Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental</i>	X – Desenvolver conhecimentos sobre psicoeducação	Desenvolver conhecimentos mais aprofundados sobre psicoeducação, tentando compreender a sua relevância dentro do Programa AMA.
	<i>Desenvolve Processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação</i>	Y – Técnicas de intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica	Desenvolver conhecimentos mais aprofundados em, pelo menos uma, técnica de intervenção psicoterapêutica e/ou socioterapêutica e aplica-la em contexto de estágio, se possível.
	<i>Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais</i>	Z – Aprofundar conhecimentos sobre Reabilitação Psicossocial	Aprofundar conhecimentos na área da reabilitação psicossocial de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, para compreender de que forma o conceito se poderá desenvolver de forma objetiva no Programa AMA.

## **Apêndice 2**

“Contacto via *email* com a *Perinatal Anxiety & Depression Australia*”

## Request of support for an implementation program in Portugal (Perinatal Mental Health)

Ana Vale <asoraiacr@gmail.com>

24/08/2016

Dear Terri Smith and Board Members,

First of all, I apologize for any mistake in the writing, but I admit that don't dominate the language completely.

My name is Ana Vale, I'm Portuguese, and I am a nurse who practice in Portugal.

In 2015 I created a blog to give voice to various problems inherent to perinatal mental health, which are very little addressed in my country, at various levels.

The blog - "*Mulher, Filha & Mãe*" - which translated into English is entitled to "*Woman, Daughter & Mother*", addresses several issues related to perinatal mental health and aims to give voice to the less positive experiences in postpartum of women and their families, which developed a psychopathological problem in pregnancy and/or after birth.

Still in 2015, I went to a master's degree of nursing of mental health and psychiatry with the objective of deepening knowledge in the area of perinatal mental health and to contribute in a sustained and structured way for the creation of answers at this level.

In the middle of this course I had met your organization whose information that provide already sustained many of the work that I accomplished for the blog and for the master's degree. In my final semester of the master's degree, I intend to develop competences that allow me, in the end, to create a support program to women with psychopathological disorders in the postpartum. Now I'm trying to understand in a more deepened way what type of programs exists out of Portugal in this extent. Knowing that your organization has a vast accomplished work and focused in this area, I would like to know if you could guide me in this sense. In case you consider more pertinent we could have a meeting through Skype.

Thank you very much for your attention and for the work accomplished in this sense.

I hope sincerely we can collaborate shortly.

In case you're interest in consulting the blog, you can do it through the following link:

[www.mulherfilhamae.blogs.sapo.pt](http://www.mulherfilhamae.blogs.sapo.pt)

Best Regards,

Ana Vale.

Jenni Richardson <jenni.richardson@panda.org.au>

04/09/2016

Hello Ana,

Thank you for your email and making us aware of your work in the perinatal mental health space. I have had a look at your website and although I am not able to understand the content the visual and limited bits I understand display your commitment to this incredibly important subject.

The services in Australia that you might be interested in:

From a clinical research perspective PIRI (Parent Infant Research Institute) has conducted clinical research and online treatment program for women in the perinatal period.

[www.piri.org.au](http://www.piri.org.au)

Dr Nicole Highett is involved in development of the Australian Clinical Guidelines. Her organization Centre of Perinatal Excellence [www.cope.org.au](http://www.cope.org.au) has also been involved in digital screening.

Beyondblue developed the original Clinical Guidelines and have a great new website called #Dadvice for fathers <https://healthyfamilies.beyondblue.org.au/pregnancy-and-new-parents/dadvice-for-new-dads>

Richard Fletcher has created an innovative SMS program for Dads SMS4Dads. It is worth having a discussion with him <https://www.sms4dads.com/>

Let me know if you would like to have a chat.

Cheers,  
Jenni



810 Nicholson St North Fitzroy VIC 3068

T (03) 9926-9090 M 0417 500 163

F 03 9482 6210 [jenni.richardson@panda.org.au](mailto:jenni.richardson@panda.org.au)

[panda.org.au](http://panda.org.au) [howisdadgoing.org.au](http://howisdadgoing.org.au)

DONATE



**PANDA National Helpline**  
**1300 726 306**

*Become a regular giver*

<b>\$15</b>	Can help us supply information & resources to new mums & dads to help make sense of what is happening to them.
<b>\$50</b>	Can go towards resources for community education to help professionals identify the symptoms & advise their patients of treatment options.
<b>\$250</b>	Can help with the howisdadgoing program.
<b>\$500</b>	Can help train volunteers to assist promoting awareness.

*Thank you*

**Jenni Richardson**

National Helpline and Programs Manager

This email may contain privileged and confidential information that is the property of the intended recipient. If you are not the intended recipient; any copying, disclosure or use of this information is prohibited. If you have received this email in error, please permanently delete the message and notify the sender via return email. Thank you.

IMPORTANT - This email and any attachments may be confidential. If received in error, please contact us and delete all copies. Before opening or using attachments check them for viruses and defects. Regardless of any loss, damage or consequence, whether caused by the negligence of the sender or not, resulting directly or indirectly from the use of any attached files our liability is limited to resupplying any affected attachments. Any representations or opinions expressed are those of the individual sender, and not necessarily those of the Department of Education and Training.

### **Apêndice 3**

“Projecto bem-estar perinatal”



## Bem-Estar Perinatal

Projecto de investigação – Rastreio, prevenção e intervenção na depressão perinatal | Serviço de Psicologia Médica da FMUC

### PROJETO<sup>1</sup>

Este projecto surge no seguimento da vasta investigação desenvolvida pela equipa do **Serviço de Psicologia Médica** da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, que permitiu apurar as lacunas no rastreio, identificação e prevenção da depressão perinatal.

É dramático que apesar das vastas e graves consequências da depressão perinatal para a mãe e para o bebé, 75% dos casos com esta doença tratável não são identificados pelos profissionais de saúde e, na ausência de programas de rastreio, **apenas 10% destas mulheres recebem tratamento** (Hewitt et al. 2009).

Além das dezenas de publicações sob a forma de artigo científico sobre a área da saúde mental perinatal, principalmente sobre a depressão perinatal, temos divulgado os nossos resultados em reuniões científicas nacionais e internacionais e recentemente publicamos um livro (escrito em português) com a divulgação e sistematização dos resultados encontrados e suas implicações clínicas.

Com este novo projecto denominado “*Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários*”, que tem como investigadora responsável a Doutora Ana Telma Pereira, podemos continuar a desenvolver esta linha de investigação, levando até às mulheres e aos profissionais de saúde as principais implicações dos achados a que chegámos na última década. Assim, partindo de instrumentos de rastreio já desenvolvidos e validados por nós, e utilizando o conhecimento acerca de quais são os principais factores de risco para depressão perinatal, pretendemos agora **identificar, prevenir e intervir**. Só assim a investigação faz sentido.

Ao longo dos anos temos contado com a colaboração voluntária de centenas de mulheres, que, aceitaram participar nas nossas investigações, oferecendo-nos muito do seu tempo neste período tão preenchido e fatigante das suas vidas. É a elas e às suas famílias que este projecto pretende ajudar.

### EQUIPA

#### Equipa | Research Team



Projecto “Rastreio, prevenção e intervenção precoce na depressão perinatal nos cuidados de saúde primários”

#### EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

**Investigadora responsável:**  
Doutora Ana Telma Pereira

**Director do SPM:**  
Professor Doutor António Macedo

**Psicólogas do SPM:**  
Mestre Maria João Soares  
Doutora Mariana Marques  
Dra. Elisabete Bento  
Dra. Julieta Azevedo  
Dra. Sandra Xavier

**Psiquiatras dos CHUC/assistentes da FMUC:**  
Dra. Carolina Roque  
Dr. Nuno Madeira  
Dr. Vasco Nogueira  
Dr. Miguel Bajouco  
Dra. Susana Renca





## OBJETIVOS

Este projecto tem dois objectivos principais:

1. Analisar se um novo instrumento de rastreio, a *Perinatal Depression Screening and Prevention Tool* (PDSPTool) que contém sintomas e factores risco para depressão perinatal permite identificar mulheres com a doença logo na gravidez ou com elevada probabilidade de a desenvolverem no pós-parto (isto é, a capacidade preditiva do instrumento).
2. Testar a eficácia de um programa de prevenção e intervenção precoce (através de estudos aleatorizados e controlados), dirigido às mulheres com depressão perinatal ou em elevado risco para a doença.

O programa, denominado **MIM – Mother In Me**, está a ser desenvolvido pela equipa e pretende que as mulheres possam ter um tempo e espaço para estar focadas em si e no seu bem-estar, assim como no dos seus bebés (mais informações no separador *MIM-Mother in Me*).





## MIM – MOTHER IN ME

A investigação do *Serviço de Psicologia Médica* sobre a Depressão Perinatal demonstrou a necessidade de continuar a desenvolver instrumentos de rastreio adequados para a população portuguesa e a urgência de programas de prevenção/intervenção precoce, que ajudem a prevenir a depressão pós-parto, nomeadamente quando já há sintomas e/ou estão presentes factores de risco. Nos nossos estudos prévios, os factores de risco mais relevantes foram: insónia pre-natal, afecto negativo pre-natal e história de depressão ao longo da vida.

O nosso programa *Mother in Me* surge precisamente neste contexto e tem como objectivo prevenir e intervir precocemente na depressão perinatal. Os conteúdos e estratégias do programa pretendem ajudar as mulheres grávidas a lidarem melhor com a ansiedade, stresse e sintomas depressivos, através de técnicas psicoeducacionais e cognitivo-comportamentais e exercícios de mindfulness e de auto-compaixão, a realizar nas sessões e entre as sessões, de forma a encorajar a prática das estratégias no dia-a-dia.

O programa foi desenvolvido com base noutros programas internacionais que têm revelado resultados promissores em relação à sua eficácia, contribuindo para o bem-estar das mulheres antes e após o parto; são eles: Mindfulness Based Cognitive Therapy programs (MBCT; Segal et al. 2012; Teasdale et al. 2014), *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR; Kabat-Zinn 1991), *Mindfulness Based Childbirth and Parenting* (MBCP; Bardacke, 2012), *Mindfull Motherhood* (Vieten et al 2009), and *Mindful Self-Compassion* (Germer & Neff, 2009), tendo adaptado os exercícios necessários a mulheres grávidas.

A tabela que se segue sumaria os conteúdos que farão parte do programa.

	Estratégias	Materials
<b>Psicoeducação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclo da Depressão – especificidades do período perinatal;</li> <li>• Mecanismos subjacentes ao stress e à ansiedade;</li> <li>• Promoção da transição para a parentalidade;</li> <li>• Benefícios da utilização do mindfulness no dia-a-dia;</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte em papel com definições importantes, e informação suplementar às sessões;</li> </ul>
<b>Terapia Cognitivo-Comportamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Auto-Monitorização e auto observação do próprio funcionamento;</li> <li>➢ Auto-monitorizar situações prazerosas e desagradáveis e reacções emocionais;</li> <li>➢ Identificação de pensamentos e crenças típicas e emoções que lhes surgem associadas;</li> <li>➢ Alterar o foco atencional nas situações diárias, e identificação das atribuições e avaliações frequentemente associadas;</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasta com folhas de registo para cada sessão;</li> </ul>
<b>Mindfulness</b>	<div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Piloto Automático vs Mindfulness</li> <li>○ Viver no momento presente;</li> <li>○ Relacionar-se de forma diferente com a experiência e os pensamentos;</li> <li>○ Emoções e aceitação;</li> <li>○ Aceitação incondicional;</li> <li>○ Tarefas de Mestria</li> </ul>  </div> <div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eg. Tarefas Diárias – Mindful; Viver no aqui e agora – efeitos e consequências;</li> <li>○ Eg. Exercício da Passa;</li> <li>○ eg. Meditação da respiração;</li> <li>○ eg. Compreender a relação e desafios entre <b>Emoções-Cognições-Corpo</b>;</li> <li>○ eg. Exercício do gelo, estar e lidar com o desconforto</li> <li>○ Eg. Meditação da Montanha</li> </ul> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas com trabalhos de casa e linhas orientadoras para os executar sozinhas;</li> <li>• Material Áudio /gravações de meditações para ajudar na prática da meditação em casa;</li> </ul>
<b>Auto-Compaixão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Desenvolver auto-compassão;</li> </ul>  <div> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ eg. Pausa Auto-Compassiva (5 minutos)</li> <li>○ eg. Meditação da Amabilidade</li> <li>○ eg. Diário Auto-compassivo</li> </ul> </div>	
<b>Planear como generalizar e aplicar as competências aprendidas no dia-a-dia;</b>		

<sup>1</sup>Toda a informação contida neste documento foi consultada a 22-03-2017, e encontra-se disponível em: <https://bemestarperinatalfmuc.wordpress.com/>

## **Apêndice 4**

“Alterações psicopatológicas desenvolvidas por mulheres no pós-parto”

## **ALTERAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS DESENVOLVIDAS PELAS MULHERES NO PÓS-PARTO**

O BPP são considerados reações comuns e passageiras às alterações hormonais e ao nível de stresse que caracterizam os primeiros dias após o nascimento do bebé. Não exigem tratamento profissional, e o apoio por parte da família e amigos costuma ser suficiente para acelerar a resolução. Caracterizam-se por serem um fenómeno transcultural e é consensual que começam nos primeiros três dias e que terminam entre o sétimo e o décimo dia, verificando-se um pico de intensidade por volta do quinto dia após o parto (Marques et al., 2014). Segundo Figueiredo, (2001), os sintomas mais comuns são o choro fácil, sendo que o choro pode não ser acompanhado de sentimentos de tristeza. Algumas mulheres experienciam alegria e disforia ao mesmo tempo. Ainda está associado a esta alteração a labilidade emocional, irritabilidade, insónia, dificuldades de atenção, fadiga e ansiedade.

Segundo Figueiredo (2001), os estudos de incidência estimam que 50% a 80% das puérperas desenvolvam esta perturbação. Por outro lado, de acordo com a DGS (2005), estima-se que cerca de 40% a 60% das mulheres passe por esta perturbação emocional após o parto. De acordo com Marques et al., (2014), as estimativas de prevalência do BPP variam entre os 15,3% a 84% - o que se deve a fragilidades no estabelecimento de critérios para a definição de caso e métodos de amostragem – estimando-se que 20% das mulheres com BPP, venham a desenvolver uma DPP, o que fundamenta a importância do BPP nas suas potenciais implicações prognósticas. Ou seja, mesmos que estes não sejam considerados como uma “perturbação diagnóstica” pela DSM 5 e pela CID-10, que exija tratamento médico, o BPP é um preditor independente importante de DPP, o que por si só, merece a nossa atenção e valorização clínica.

A DPP diferencia-se do BPP em inúmeros aspetos. Aparecendo no meio do espectro e muitas vezes em concomitância com a ansiedade puerperal (Pereira, 2008), a DPP não se inicia antes da 8ª semana enquanto o BPP não está presente depois da 2ª semana do puerpério, sendo caracterizada pela sua gravidade sintomatológica, assim como nos efeitos adversos que se verificam ao nível da mulher, conjugue e do bebé (Figueiredo, 2001). A Direção-Geral de Saúde (2005, p.14) traz-nos dados idênticos, mas com algumas diferenças que importa salientar, referindo que a depressão pós-parto “pode surgir desde o trabalho de parto até ao

final do primeiro ano da vida da criança. No entanto, a maioria dos casos ocorrem a partir da 6ª semana do período pós-natal”.

De acordo com Oates (1996), citado por Figueiredo (2001), a sua gravidade deve-se ainda ao facto de se saber que a maior parte das mulheres alvo desta perturbação, a negam e não procuram ajuda para a resolução das dificuldades que sentem, mesmo em países onde, ao contrário do nosso, existem estruturas adequadas de resposta e uma maior preparação dos técnicos de saúde e da opinião pública em geral.

Assim sendo, pode-se definir depressão pós-parto de acordo com O'Hara (1997), citado por Figueiredo (2001, p.172) como,

Uma perturbação do humor que se desenvolve especificamente na sequência do parto (...), pode ser identificada pela presença de um episódio depressivo maior que surge na total ausência de sintomatologia psicótica e se estabelece em estreita relação temporal e temática com o nascimento do bebé, tendo quase sempre início entre o 2º e o 3º mês do pós-parto.

Segundo Lee & Chung (2007), citado por Pereira (2008, p.14), a DPP “é definida como um episódio depressivo unipolar não psicótico que pode ocorrer durante os primeiros 12 meses após o parto”. Ainda de acordo com a mesma autora, aproximadamente 50% dos casos de depressão que ocorrem no pós-parto têm início nos primeiros três meses após o nascimento e 75% nos primeiros seis meses.

De acordo com a DGS (2005), a DPP ocorre em cerca de 12% a 16% das mulheres no respetivo período, sendo este o período de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações do humor em todo o ciclo vital da mulher. Um dado que acaba por estar em consonância com o referido por Macedo, Pereira & Marques (2014) na sua obra, onde referem que em cada 1000 nascimentos, 100 a 150 mulheres irão sofrer de uma perturbação depressiva, sendo que as mulheres com história de depressão maior apresentam maior risco de recorrência durante a gravidez (cerca de 50%). Ainda de acordo com os últimos autores, estima-se que mulheres que desenvolvem uma DPP, têm 50% de hipótese de virem a desenvolver outra DPP numa próxima gravidez, o que nos dá um vislumbre da dimensão da presente problemática, e no fundo também, nos demonstra a dificuldade que é delimitá-la em termos de consequências efetivas. Segundo Pereira (2008) numa revisão de estudos sobre a cronicidade da DPP demonstrou-se que esta tende a ser prolongada, com possibilidade de 30% a 50% das mulheres permanecerem deprimidas seis meses

após o diagnóstico. Ainda de acordo com a mesma autora citando Riecher-Rossler & Steiner (2005), parece não haverem diferenças entre o curso da depressão perinatal e o curso da depressão fora deste período.

Segundo a APA (2013, p.186) “50% dos episódios depressivos *major* no pós-parto começam antes do parto. Assim, estes episódios são designados coletivamente como episódios no periparto. As mulheres com episódios depressivos *major* no periparto com frequência têm ansiedade grave e até mesmo ataques de pânico”. Um dado que se encontra em consonância com o referido por Macedo, Pereira & Marques (2014, p. 13) onde “Cerca de 50% das mulheres com depressão perinatal apresentam também ansiedade clinicamente significativa como perturbação de pânico ou obsessivo-compulsiva”.

A AP classifica-se como sendo uma ansiedade patológica que ocorre no período perinatal, clinicamente significativa, persistente e geradora de angústia/distress, perturbando diferentes áreas do funcionamento e requerendo uma intervenção especializada (Nogueira et al, 2014). Ainda de acordo com o mesmo autor vários estudos relatam que a ansiedade é mais elevada no período do pós-parto do que na gravidez com estimativas de incidência nos primeiros seis meses a variarem entre 6,1% a 31,7%, sendo que, em 50% das mulheres a perturbação da ansiedade inicia-se apenas no pós-parto. De acordo com Brockington (2004) citado por Nogueira et al (2014), o nascimento de um filho é percebido como um acontecimento de vida stressante, o qual pode precipitar ou agravar qualquer uma das perturbações da ansiedade descritas nos manuais de diagnóstico. Tanto na DSM-5 como na ICD-10, não existe nenhum especificador para o período de pós-parto e/ou periparto afeto às perturbações da ansiedade. No entanto, Nogueira et al (2014) mostram-nos vários dados relativos a estas perturbações no período perinatal, referindo que as mesmas englobam a perturbação do pânico, a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação de stresse pós-traumático, perturbação da ansiedade generalizada e ansiedade social.

Na perturbação do pânico, a mulher “experimenta ataques de pânico inesperados recorrentes e está persistentemente apreensiva ou preocupada com a possibilidade de sofrer novos ataques de pânico ou alterações desadaptativas no seu comportamento devido aos ataques de pânico” (APA, 2013, p.190). É a perturbação que dentro do grupo das perturbações da ansiedade apresenta prevalência mais baixa: 1,4-2,7% no pós-parto (Nogueira et al, 2014).

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) é caracterizada “pela presença de obsessões e/ou compulsões. *Obsessões* são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto *compulsões* são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.” (APA, 2013, p. 235). De acordo com Nogueira et al. (2014, p.87) “até 70% das mulheres com POC reportam o início da sua doença ao período perinatal e cerca de 50% das mulheres com POC preexistente referem exacerbação dos sintomas no período perinatal”, com maior prevalência no período do pós-parto, comparativamente ao da gravidez.

A perturbação de stresse pós-traumático “surge em indivíduos que experienciam angustia/distress intensos após terem estado expostos ou testemunhado um evento ameaçador de vida”, estando a sua prevalência situada entre os 0.9% a 7,1% no período perinatal, maioritariamente no pós-parto (Nogueira et al, 2014, p. 88). Alguns autores também afirmam que esta perturbação pode desencadear problemas na relação mãe-filho e depressão, e claro, evitamento de futuras gravidezes.

A perturbação da ansiedade generalizada implica “ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios (...) que o indivíduo encontra dificuldade em controlar.” (APA, 2013, p.190). O que diferencia esta perturbação da preocupação normal é sobretudo a quantidade de tempo e os recursos psicológicos consumidos em preocupação e na tentativa do controlo da mesma, estimando-se que cerca de 19,7% das mulheres experiencie preocupação recorrente subclínica no período perinatal, sendo conhecido que cerca de 8,2% das mulheres experiencie esta perturbação no pós-parto. Mulheres com este tipo de perturbação têm demonstrado utilização excessiva dos recursos de saúde, menos qualidade de vida e maior disfunção conjugal (Nogueira et al, 2014).

Na ansiedade social “o indivíduo é temeroso, ansioso ou foge de interações e situações sociais que envolvem a possibilidade de ser avaliado” (APA, 2013, p.190). Esta centra-se no medo da exposição a outras pessoas em grupos relativamente pequenos, podendo envolver quase todas as situações sociais fora do círculo familiar (CID-10, 1992, citado por Nogueira et al., 2014). A prevalência desta perturbação no pós-parto é de 4,1%, sendo que até cerca de 15% das mulheres apresentam sintomas subclínicos no pós-parto (Nogueira et al, 2014).



Ainda de acordo com o mesmo autor níveis elevados de ansiedade nos primeiros dias do puerpério foram associados ao desenvolvimento de depressão pós-parto. Além desta consequência negativa, a ansiedade perinatal tem sido associada a um conjunto de outros aspetos negativos, como a perceção de ineficácia parental, redução de adequação das estratégias de *coping* e da responsividade ao bebé e vinculação insegura e desorganizada.

Algo que Macedo, Pereira & Marques (2014) também referem é que uma ou duas mulheres irão desenvolver uma psicose puerperal em cada 1000 nascimentos, sendo este último dado consistente em várias culturas. E segundo Madeira et al, (2014), a perturbação bipolar e a perturbação esquizoafetiva constituem até 72% dos últimos casos, sendo que até 1 em cada 4 mulheres bipolares terá um episódio grave após o parto. Por outro lado, estima-se que apenas uma pequena percentagem dos episódios de PP ocorrerá como manifestação de um diagnóstico de esquizofrenia (cerca de 12%).

Segundo Engqvist et al., (2007), a PP é uma emergência psiquiátrica e desenvolve-se uma a oito semanas após o parto, sendo mais frequente o seu aparecimento entre as primeiras duas a quatro semanas. É caracterizada como sendo uma psicose reativa, ou seja, que começa paralelamente a uma situação da vida estressante, por vezes em combinação com um esgotamento físico, que se inicia geralmente de forma inesperada e abrupta sem outros sinais de aviso, exceto os que têm como base distúrbios do sono que duram algumas noites. De acordo com Madeira et al (2014, p.142) “este período tem sido refutado, nomeadamente por evidência obtida em doentes bipolares, nas quais os quadros psicóticos tinham início, em 50% dos casos, nos primeiros três dias do puerpério” – 22% com início ainda no primeiro dia.

Segundo a DSM 5, a respetiva alteração psicopatológica é vista como uma perturbação psicótica breve que se caracteriza por uma perturbação de início súbito, geralmente sem um pródromo, que tem duração mínima de um dia, ainda que inferior a um mês, e a pessoa eventualmente poderá ter um retorno completo ao nível do funcionamento pré-mórbido (APA, 2013).

A maior parte dos investigadores concordam que a PP ocorre especialmente derivado de fatores biológicos, hereditários e hormonais (Kumar, 1990, citado por Engqvist et al., 2007). Para além disso, é de salientar que no primeiro mês após o parto, a mulher tem 20 a 30 vezes maior probabilidade de desenvolver um quadro



psicótico e de ser internada numa unidade psiquiátrica do que em qualquer outro momento da sua vida (Kendell et al., 1987, citado por, Madeira et al., 2014).

Para além disso, é sabido que o risco de suicídio na PP é muito elevado, com pico de incidência no primeiro mês após o parto, estimando-se que 1 em cada 500 mulheres cometerá o suicídio. Em virtude do quadro psicótico em curso os filhos destas mulheres acabam por ficar em risco quer por negligência ou incapacidade para a prestação de cuidados, quer devido à influência das alucinações ou delírios. Em 78% dos casos de PP existem delírios a envolver os filhos e apesar do infanticídio ser um crime raro que ocorre em cerca de 1-3 por cada 50000 nascimentos, estima-se que as mães com PP cometerão uma percentagem significativa dos mesmos. As mulheres que cometem este crime, por norma suicidam-se de seguida (Madeira et al, 2014).

Também Madeira et al., (2014) afirma que a maioria dos internamentos por quadros de PP tem lugar especialmente durante as duas primeiras semanas do puerpério, sendo a apresentação clínica numa fase inicial com predomínio da insónia, ansiedade, agitação e ideação paranoide. Naturalmente com o desenvolvimento do quadro clínico, a sintomatologia psicótica tende a dominar o quadro. O risco mais relevante é conferido por um episódio prévio de PP, após o qual se estima que entre 20 a 90% o risco de recorrência em parto subsequente. Adicionalmente surge também como fator de risco *major* a presença de história pessoal ou familiar de doença bipolar que aumenta o risco de PP em cerca de 100 vezes, sendo que a privação de sono foi sugerida como via final comum a múltiplos fatores causais contribuintes para o desenvolvimento de PP em mulheres vulneráveis.

## **Apêndice 5**

“Esquema representativo da articulação entre a Teoria de Médio Alcance de Meleis  
(2010) com o período de transição para a maternidade”

### **Condições da transição:**

<i>Pessoais</i>	<i>Comunitárias</i>	<i>Sociais</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significado</li> <li>- Estigma</li> <li>- Status Socioeconómico</li> <li>- Preparação prévia</li> <li>- Conhecimentos</li> <li>- Planeamento</li> <li>- Doenças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suporte Familiar</li> <li>- Informação sobre o tema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estigma</li> <li>- Estereótipos</li> </ul>

### **Natureza da Transição:**

<i>Tipo</i>	<i>Padrão</i>	<i>Propriedades</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimental</li> <li>- Situacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Única</li> <li>- Múltipla (Simultâneas, sobrepostas, relacionadas ou não relacionadas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolvimento</li> <li>- Consciência</li> <li>- Mudanças</li> <li>- Diferenças</li> <li>- Flutuações</li> <li>- Pontos Críticos</li> <li>- Término</li> </ul>

## **Tornar-se Mãe: uma transição multidimensional**

### **Padrões de resposta:**

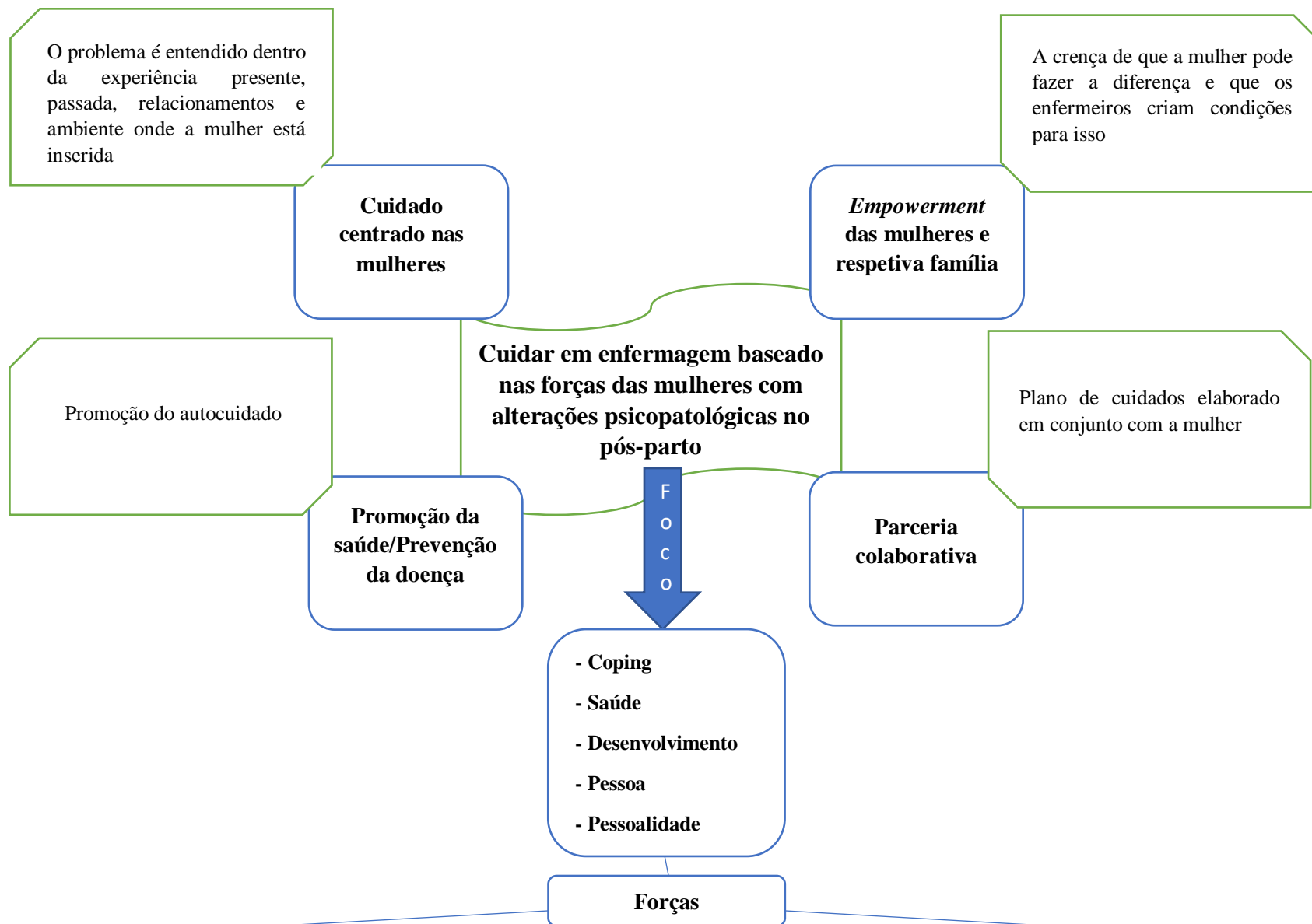
<i>Avaliar</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conexão</li> <li>- Interação social</li> <li>- Localização</li> <li>- Confiança e coping</li> <li>- Novas competências desenvolvidas</li> <li>- Mestria</li> <li>- Reformulação da identidade</li> </ul>

### **Intervenções em Enfermagem:**

Programa AMA

## **Apêndice 6**

“Esquema representativo da articulação entre a Teoria do Cuidar Baseado nas Forças de Gottlieb (2016) com o cuidar em enfermagem baseado nas forças das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto”



## **Apêndice 7**

“Atividades planeadas, não realizadas”

Domínio de competência	Unidade de competência	Designação da Tarefa	Descrição da Tarefa
<i>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</i>	<i>Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas</i>	J - Reflexões	<p><b>Planeado:</b> Realização de uma reflexão semanal com base na metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs, sobre as minhas práticas e trabalho realizado.</p> <p><b>Realizado:</b> Uma reflexão com a metodologia do ciclo reflexivo de Gibbs ao longo dos estágios.</p>
<i>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</i>	<i>Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade</i>	Q – Realização de estudo de caso	<p><b>Planeado:</b> Realização de, pelo menos, um estudo de caso por cada local de estágio.</p> <p><b>Realizado:</b> um estudo de caso no estágio de âmbito comunitário</p>

## **Apêndice 8**

“Atividades realizadas, não planeadas”



Designação da Tarefa
Registos de interação
Apresentação do trabalho final
Apresentação de um poster científico e de uma comunicação oral sobre o Relato Prático sobre o Projeto Mulher, Filha & Mãe
Reunião na divisão de saúde sexual, reprodutiva e juvenil da Direcção-Geral de Saúde.
Contacto com UCC e USF da Região de Lisboa e Vale do Tejo
Reunião com a Enfermeira da USF D. Jordão
Participação de encontros de cariz científico
Enfermeira de Referência

## **Apêndice 9**

“Atividades realizadas em contexto comunitário associadas ao desenvolvimento das  
CCEE e das CEEESMP”

## ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO COMUNITÁRIO ASSOCIADAS AO DESENVOLVIMENTO DAS CCEE E DAS CEEESMP

TIPO DE COMPETÊNCIAS	DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA	UNIDADE DE COMPETÊNCIA	DESIGNAÇÃO DA ATIVIDADE
<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  (OE, 2010, p. 4-10)	<b>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – (A1) -</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	Participação nas consultas; Estudo de Caso; Reflexões conjuntas.
		Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	
		Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	
		Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	Reflexão conjunta.; Participação nas reuniões multidisciplinares
	<b>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – (A2) -</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Promove a proteção dos direitos humanos	Diário de campo; Estudo de Caso; Registos de Interação; Participação nas consultas
		Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	Estudo de Caso
	<b>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade – (B2) -</b> Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;	Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	Estudo de caso; Elaboração do Programa AMA; Contacto com Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa e Vale do Tejo; Reunião na divisão de saúde sexual,
		Planeia programas de melhoria contínua	

<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  <b>(OE, 2010, p. 4-10)</b>			reprodutiva, infantil e juvenil da Direcção-Geral de Saúde.
	<b>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade – (B3)</b> - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	Diário de campo; Estudo de Caso; Registos de Interação; Participação nas consultas
	<b>Competências do domínio da gestão dos cuidados – (C1)</b> - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	Estudo de caso; Participação nos vários tipos de reuniões multidisciplinares
	<b>Competências do domínio da gestão dos cuidados – (C2)</b> - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados	Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	Estudo de caso
		Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	Estudo de caso; Participação nas consultas;
	<b>Competências do domínio das aprendizagens profissionais – (D1)</b> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	Reflexão de aprendizagem;  Reflexão conjunta.
		Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	
		Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade	Estudo de Caso; Apresentação de trabalho final

<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  (OE, 2010, p. 4-10)	<b>Competências do domínio das aprendizagens profissionais – (D2) -</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	Estudo de caso; Trabalhos de investigação; Reflexão conjunta.
		Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	Estudo de caso; Participação nas consultas;
<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA</b>  (OE, 2010, p. 4-8)	<b>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</b>	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	Reflexão de aprendizagem;  Reflexões conjuntas; Participação nas consultas;  Participação nas reuniões multidisciplinares;  Registos de interação;  Estudo de caso;  A escrita expressiva como mediador terapêutico.
	<b>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental</b>	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	Registos de Interação; Estudo de caso; Participação nas consultas e nas reuniões multidisciplinares.
		Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos	Trabalhos de investigação;  Participação em encontros de cariz científico;  Estudo de caso;
		Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Estudo de caso; A escrita expressiva como mediador terapêutico; Contacto com

<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA</b>  (OE, 2010, p. 4-8)	<b>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</b>	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) da região de Lisboa e Vale do Tejo; Reunião na divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil da Direcção-Geral de Saúde; Reunião com Enfermeira da USF D. Jordão
		Realiza e implementa o planeamento de cuidados de um grupo ou comunidade	
		Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	
		Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	
	<b>Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o</b>	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	Estudo de caso; A escrita expressiva como mediador terapêutico.
		Desenvolve Processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	Registos de Interação; Estudo de caso; A escrita expressiva como mediador terapêutico.

	<b>contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</b>	Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais	Estudo de caso; Participação nas reuniões multidisciplinares.
--	---	---	---

## **Apêndice 10**

“Critérios de avaliação das atividades desenvolvidas em contexto comunitário de acordo com o Regulamento das Competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental”



**Influência das atividades desenvolvidas em contexto comunitário no desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria**

Atividade	Unidade de competência	Critérios de avaliação
Participação nas consultas	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	Participar nas consultas permitiu-me identificar no momento presente emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o cliente, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Em vários momentos me fez refletir sobre os limites da relação profissional e a importância destes na preservação da integridade do processo terapêutico.
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	Também me forneceu uma forte possibilidade de trabalhar sobre a avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente, executar uma avaliação das capacidades internas do último e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, assim como avaliar o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
Estudo de caso e a escrita expressiva como mediador terapêutico	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	A realização deste estudo de caso permitiu-me identificar no momento presente emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o cliente, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Em vários momentos me fez refletir sobre os limites da relação profissional e a importância destes na preservação da integridade do processo terapêutico. Também contribuiu em larga escala para trabalhar a monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, que no momento em que estava com a Mariana, nem sempre eram conscientes, mas que com a prática e com o desenvolvimento do estágio, foi-se tornando cada vez mais consciente, especialmente durante as sessões de

		intervenção individual, utilizando a escrita expressiva como mediador terapêutico.
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	Também me forneceu uma forte possibilidade de trabalhar sobre a avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental da Mariana, executar uma avaliação das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, assim como avaliar o impacto que o problema de saúde mental tinha na sua qualidade de vida e bem-estar.
	Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos	Implementei um projeto de cuidados à Mariana numa fase do ciclo vital no âmbito da saúde mental, tendo este, sido um projeto que objetivou a promoção da participação ativa da Mariana na vida social, e a promoção do bem-estar e saúde mental da Mariana no seu quotidiano.
	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Neste contexto foi-me possível trabalhar para identificar os problemas e as necessidades específicas da Mariana e família, no âmbito da saúde mental, assim como avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar, tal como o momento que vivia quando tive acesso ao seu caso clínico. Identifiquei perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferenciando os estados fisiológicos, as ou restantes problemas da Mariana, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental. Foi-me possível identificar complicações que frequentemente decorriam dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. Apliquei, neste âmbito, sistemas de taxonomias standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, como os da NANDA International.
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando	Identifiquei indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental ao longo das várias sessões que planei, de intervenção mediada pela escrita expressiva, e identifiquei, descrevi e monitorizei os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em

	indicadores sensíveis em saúde mental	saúde mental, de acordo com a <i>Nursing Outcomes Classification</i> (NOC).
	Realiza e implementa o planeamento de cuidados de um grupo ou comunidade	Comprometi-me com o trabalho desenvolvido na equipa multiprofissional que integrei ao longo do estágio, responsabilizando-me pelos cuidados de saúde mental, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme o enquadramento legal.
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	Concebi estratégias de empoderamento que objetivassem o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental, por parte da Mariana, assim como, monitorizei a sua segurança e fiz avaliação contínua conjuntamente com a Enfermeira orientadora para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, não tendo sido necessário intervir no âmbito da urgência psiquiátrica. Como tal, elaborei o plano de cuidados a desenvolver com a Mariana de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, promovendo e reforçando a capacidade da família onde se integra.
	Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	Desempenhei funções de terapeuta de referência da Mariana, elaborei e supervisionei o seu plano individualizado de tratamento/reabilitação no âmbito da especialidade de enfermagem de saúde mental e orientei a Mariana no acesso a recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.
	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	Forneci antecipadamente orientações à Mariana, para promover a saúde mental da mesma e prevenir o desenvolvimento de uma perturbação do foro da saúde mental perinatal. Implementei intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, assim como demonstrei sensibilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, comportamentos de risco e violência. Ao longo das sessões,

		<p>avaliar o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação e considere a sua disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde enquanto abordava este tipo de temáticas ao longo das sessões de intervenção.</p>
	<p>Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação</p>	<p>Implementei intervenções psicoterapêuticas individuais centrada na resposta da Mariana aos processos de saúde/doença mental e à transição pela qual estava a passar (maternidade). Utilizei técnicas psicoterapêuticas para aumentar o <i>insight</i> da Mariana, para facilitarem as respostas adaptativas que a permitam recuperar a sua saúde mental, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.</p>
	<p>Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais</p>	<p>Ao longo das sessões implementei intervenções psicossociais estruturadas individualmente visando a inserção familiar e social da Mariana, assim como envolvi outros profissionais na definição do projeto terapêutico da Mariana que objetivassem a sua reabilitação psicossocial, assim como, fomentei e realizei a apresentação do caso clínico em reunião multidisciplinar no final do estágio, promovendo o debate sobre o tema e sobre intervenções futuras mais adequadas de acordo com a equipa.</p>
Reflexões conjuntas	<p>Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas,</p>	<p>A prática constante destas reflexões conjuntas com a Enfermeira e Docente orientadora permitiu-me identificar na altura, após as consultas a que assistia, as várias reuniões e casos debatidos e as sessões individuais com a Mariana, identificar emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o cliente, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Em vários momentos me</p>

	psicossociais e psicoeducativas	fez refletir sobre os limites da relação profissional e a importância destes na preservação da integridade do processo terapêutico, tomando como exemplo, outras experiências profissionais partilhadas. Também contribuiu em larga escala para trabalhar a monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, que no momento das diversas atividades supracitadas, nem sempre eram conscientes, mas que com a prática e com o desenvolvimento do estágio, foi-se tornando cada vez mais consciente, especialmente durante as sessões de intervenção individual, utilizando a escrita expressiva como mediador terapêutico.
Participação nas reuniões multidisciplinares	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	Participar nas reuniões multidisciplinares, onde muitas vezes se discutiam casos clínicos, visualizavam-se vídeos sobre casos clínicos, e se refletia e tomava conhecimento das diversas abordagens nos respetivos, vários foram os momentos que me permitiram identificar no momento presente emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o cliente, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim própria na relação terapêutica. Em vários momentos me fez refletir sobre os limites da relação profissional e a importância destes na preservação da integridade do processo terapêutico.
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	A participação neste leque variado de reuniões multidisciplinares a que tive possibilidade de assistir forneceu-me uma forte possibilidade de trabalhar sobre a avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental de diversos clientes no âmbito da saúde mental perinatal e da primeira infância, executar uma avaliação das capacidades internas das pessoas com experiência de doença mental e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, assim como avaliar o impacto que o problema de saúde mental tinha nas suas vidas em termos de qualidade de vida e bem-estar, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
	Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental,	Ao longo das várias reuniões foi possível assistir ao trabalho multidisciplinar realizado, e qual o papel do enfermeiro especialista em saúde mental, sendo que foi possível observar a

	com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais	envolvência de outros profissionais na definição do projeto terapêutico de várias pessoas com experiência de doença mental que objetivassem a sua reabilitação psicossocial e de que forma se articulavam para que tal acontecesse.
Registos de interação	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	A realização destes registos permitiu-me estar mais atenta no momento presente às minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante a relação terapêutica.
	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	A realização destes registos, sendo que para os realizar era necessário assistir a um conjunto de consultas a que a pessoa com experiência de doença mental tinha acesso nesse momento, permitiu-se desenvolver a avaliação do impacto que os problemas de saúde mental têm na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, com ênfase na funcionalidade e autonomia, assim como executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de doença mental das pessoas com experiência de doença mental.
Reflexão de Aprendizagem	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas,	A realização da reflexão de aprendizagem permitiu-me identificar à posteriori, emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o cliente, assim como, especialmente, tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Em vários momentos me fez refletir sobre os limites da relação profissional e a importância destes na preservação da

	psicossociais e psicoeducativas	integridade do processo terapêutico, especialmente durante as consultas que participava.
Trabalhos de investigação e Participação em encontros de cariz científico	Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos	Implementei na comunidade, paralelamente à realização do estágio, um programa centrado na população – e que ainda se mantém – e que visa sensibilizar para a saúde mental perinatal através da escrita, da formação presencial e do grupo de mães, com vista a prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais perinatais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo, especialmente, através do blog “Mulher, Filha & Mãe”. O Projeto denomina-se por “Projeto Mulher, Filha & Mãe”, sobre o qual realizei um relato prático (Apêndice 14).
Reunião na divisão de saúde sexual, reprodutiva, infantil e juvenil da Direcção-Geral da Saúde	Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	Atendendo à finalidade do presente relatório, com vista à conceção do Programa AMA, foi possível reunir na presente divisão da DGS para saber se existiam outros programas semelhantes, tais como: programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com doença mental grave, projetos de promoção de aptidões parentais, estratégias de intervenção precoce e/ou outros que ocorressem num programa específico, desenvolvido a nível nacional.
Contacto com USF e UCC a região de Lisboa e Vale do Tejo	Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	Na sequência da finalidade acima descrita, e com vista à auscultação de recursos no âmbito do acompanhamento de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto foram realizados os contactos com os cuidados de saúde primários nesta região.
Reunião com Enfermeira da USF D. Jordão	Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade	Na sequência da finalidade acima descrita, e com vista à tomada de conhecimento de uma experiência da área de especialidade de enfermagem em saúde mental, no âmbito do acompanhamento de mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto, foi realizada a presente reunião.

## **Apêndice 11**

“Plano de cuidados em saúde mental e psiquiatria (Mariana)”



Data	Rúbrica	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem		Intervenções de enfermagem		
			Resultado	Indicadores	Intervenção	Atividades	Data
		<b>Risco de Vínculo Pais/filho prejudicado</b>	<b>Vínculo Pais/Bebé</b>  <i>Comportamentos dos pais e do bebé que demonstram um vínculo afetivo crescente<sup>1</sup></i>	2. Mãe designa determinados atributos ao feto Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5  16. Pais preparam-se para o bebé antes do nascimento; Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5  17. Mãe verbaliza sentimentos positivos em relação ao bebé Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5	<b>Promoção do Vínculo</b>  <i>Facilitação do desenvolvimento da relação entre os pais e o bebé<sup>2</sup></i>	- Discutir a reação dos pais à gravidez  - Determinar a imagem que a mãe faz do filho antes de nascer  - Averiguar, antes do nascimento se os pais têm nomes escolhidos para ambos os sexos  - Discutir a reação dos pais ao ouvir os batimentos cardíacos, a reação frente à imagem e aos movimentos do feto	
			<b>1 = Nunca demonstrado; 2 = Raramente demonstrado; 3 = Às vezes demonstrado; 4 = Muitas vezes demonstrado; 5 = Consistentemente demonstrado</b>				

Data	Rúbrica	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem		Intervenções de enfermagem		
			Resultado	Indicadores	Intervenção	Atividades	Data
		<b>Risco de Vínculo Pais/filho prejudicado</b>	<b>Vínculo Pais/Bebé</b>  <i>Comportamentos dos pais e do bebé que demonstram um vínculo afetivo crescente<sup>1</sup></i>	2. Mãe designa determinados atributos ao feto Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5  18. Pais preparam-se para o bebé antes do nascimento; Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5  19. Mãe verbaliza sentimentos positivos em relação ao bebé Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5	<b>Melhora de enfrentamento</b>  <i>Assistência ao paciente para adaptar-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidas que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis<sup>2</sup></i>	- Avaliar o impacto da situação de vida do paciente nos papeis e relacionamentos - Encorajar o paciente a identificar uma descrição realista da mudança de papel - Avaliar e discutir respostas alternativas à situação - Usar uma abordagem calma e tranquila - Propiciar uma atmosfera de aceitação - Ajudar o paciente a fazer uma avaliação objetiva do evento - Ajudar o paciente a identificar informações que ele tem maior interesse em conseguir - Proporcionar ao paciente escolhas realistas sobre alguns aspetos do cuidado - Encorajar uma atitude de esperança realista como forma de lidar com sentimentos de desamparo - Buscar entender a perspetiva que o paciente tem de uma situação stressante - Estimular o relacionamento com pessoas que tenham interesses e metas comuns - Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias - Reconhecer a experiência cultural e espiritual do paciente - Encorajar o uso de recursos espirituais, se desejado - Confrontar os sentimentos ambivalentes do paciente - Reforçar válvulas de escape construtivas para a raiva e hostilidade - Promover situações que estimulem a autonomia do paciente - Auxiliar o paciente a identificar reações positivas dos outros	

**1** = Nunca demonstrado; **2** = Raramente demonstrado; **3** = Às vezes demonstrado; **4** = Muitas vezes demonstrado; **5** = Consistentemente demonstrado

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a identificação de valores de vida específicos</li> <li>- Investigar com o paciente métodos anteriormente utilizados para lidar com os problemas de vida</li> <li>- Apoiar o uso de mecanismos de defesa apropriados</li> <li>- Encorajar a verbalização de sentimentos, perceções e medos</li> <li>- Encorajar o paciente a identificar os seus pontos fortes e capacidades</li> <li>- Auxiliar o paciente a identificar metas apropriadas a curto e a longo prazo</li> <li>- Auxiliar o paciente a fragmentar metas complexas em etapas menores e controláveis</li> <li>- Auxiliar o paciente a examinar os recursos disponíveis para atingir as suas metas</li> <li>- Avaliar necessidades/desejos do paciente referentes a apoio social</li> <li>- Auxiliar o paciente a identificar sistemas de apoio disponíveis</li> <li>- Encorajar o envolvimento da família, se apropriado</li> <li>- Auxiliar o paciente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações e controlar as mudanças necessárias no estilo de vida ou no desempenho de papéis</li> <li>- Auxiliar o paciente a solucionar problemas de forma construtiva</li> <li>- Orientar o paciente sobre o uso de técnicas de relaxamento, se necessário</li> <li>- Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento</li> </ul>	
--	--	--	--	--	---	--

Data	Rúbrica	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem		Intervenções de enfermagem		
			Resultado	Indicadores	Intervenção	Atividades	Data
		<b>Desempenho do papel ineficaz</b>	<b>Desempenho de papel</b>  <i>Congruência entre o comportamento de um indivíduo no desempenho do seu papel e as expectativas em relação a este<sup>1</sup></i>	9. Descrição de mudanças do papel com a chegada de um novo membro à família Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5 11. Relato de estratégias para mudança de papel Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5 20. Relato de conforto com alterações do papel Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5	<b>Aconselhamento</b>  <i>Uso de um processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e de pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais<sup>2</sup></i>	- Estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito - Demonstrar empatia, cordialidade, autenticidade - Estabelecer a duração da relação de aconselhamento - Estabelecer metas - Estimular a expressão de sentimentos; - Auxiliar o paciente a identificar a situação que causa sofrimento - Oferecer privacidade e garantir o sigilo - Oferecer informações concretas apropriadas e sempre que necessárias - Usar técnicas de reflexão e esclarecimento para facilitar a expressão das preocupações (escrita expressiva) - Solicitar ao paciente que identifique o que consegue fazer diante dos acontecimentos - Auxiliar o paciente a listar e priorizar todas as possíveis alternativas a um problema - Identificar todas as diferenças entre a visão do paciente acerca da situação e a da equipa de cuidados de saúde - Determinar como o comportamento familiar afeta o paciente - Verbalizar a discrepância entre os sentimentos e os comportamentos do paciente - Revelar aspetos selecionados das próprias experiências de outra pessoa ou de sua personalidade para reforçar a autenticidade e a confiança, conforme apropriado - Auxiliar o paciente a identificar pontos fortes e reforça-los	

**1** = Não adequado; **2** = Levemente adequado;  
**3** = Moderadamente adequado; **4** = Substancialmente adequado; **5** = Completamente adequado

					<ul style="list-style-type: none"><li>- Encorajar o desenvolvimento de habilidades</li><li>- Reforçar novas habilidades</li></ul>	
--	--	--	--	--	---	--

## **Apêndice 12**

“A escrita expressiva como mediador terapêutico”

## **A ESCRITA EXPRESSIVA COMO MEDIADOR TERAPÊUTICO**

*“Não se trata de a linguagem ser uma emboscada preparada para apanhar os comunicadores humanos, até porque ela, como invenção humana que é, só desencaminha os sentidos do que é proferido, na medida em que tem essa possibilidade.”*

Parry (1967) citado por Leal (2011, p. 195)

A cura através da palavra, de imediato associado à palavra falada, mas considerado no presente trabalho descrito, a palavra escrita, é utilizada por algumas abordagens psicoterapêuticas atuais que “usam e recomendam o registo escrito por parte dos clientes, na medida em que a investigação tem demonstrado que os efeitos benéficos, em aspetos controlados da saúde geral e da possibilidade de lidar com acontecimentos traumáticos vividos, são muito significativos (Leal, 2011, p. 194). Ainda para Leal (2011, p. 194) “a palavra, uma vez escrita, ganha uma importância definitiva”.

Para James Pennebaker, um psicólogo que muito investigou sobre a palavra falada e escrita, a utilização da escrita expressiva em contexto clínico é claramente benéfica num largo espectro de casos clínicos, devendo ser utilizada pelos pacientes ao longo do processo terapêutico e de acordo com um paradigma específico.

Ao longo das várias investigações que realizou e coordenou, o paradigma utilizado preconizado foi o mesmo. De acordo com Pennebaker & Chung (2007), a todos os grupos experimentais, era pedido que escrevessem sobre determinados tópicos de um a cinco dias por semana, e de 15 a 30 minutos em cada dia. Este paradigma foi estudado maioritariamente em contexto de laboratório, e por norma, não era dado nenhum feedback, sendo dado às pessoas a liberdade para escreverem sobre o que quisessem, como quisessem. Havia apenas uma regra: quando comessem a escrever, deveriam continuar até o tempo terminar. Nos grupos experimentais as indicações dadas eram as seguintes:

“para os próximos três dias, eu gostaria que vocês escrevessem sobre os vossos mais profundos pensamentos e sentimentos, sobre a experiência mais traumática de toda vossa vida. Na vossa escrita, gostaria que realmente se deixassem ir e que explorassem os vossos pensamentos e emoções muito mais profundos. Podem escrever sobre um trauma ligado à vossa infância, sobre os vossos relacionamentos com os outros, incluindo os pais, amantes, amigos ou

parentes. Também podem ligar este evento ao vosso passado, presente ou futuro, ou a quem vocês foram, quem vocês gostariam de ser, ou quem vocês são agora. Podem escrever sobre problemas ou experiências gerais comuns, em todos os dias que escrevam, ou sobre diferentes temas em cada dia. Nem todas as pessoas têm um único trauma, mas todos nós tivemos grandes conflitos e vivenciámos situações stressantes - e vocês podem escrever sobre estas questões também. Tudo o que escreverem será completamente confidencial. Não se preocupem com a ortografia, gramática ou estrutura frásica. A única regra é que, uma vez que vocês comecem a escrever, devam continuar a fazê-lo até o vosso tempo terminar.” (Pennebaker & Chung, 2007, p. 6)

Os autores descrevem o presente paradigma como “excecionalmente poderoso” (Pennebaker & Chung, 2007, p. 6), embora “não exista uma única razão que explique a eficiência da escrita” (Pennebaker & Chung, 2007, p. 21), havendo simplesmente algumas possíveis explicações investigadas e descritas por vários autores para explicar como é que a escrita expressiva funciona, embora todas elas necessitem de ser mais investigadas.

Os participantes podem ser desde crianças a idosos, e apesar de um largo número de participantes refira ter chorado e ficado perturbado passando por esta experiência, a grande maioria refere que “a experiência de escrever foi valiosa e significativa nas suas vidas” (Pennebaker & Chung, 2007, p. 7).

Os grandes benefícios apontados pelos autores, correspondentes à utilização da escrita expressiva perante fortes experiências emocionais, está associado a uma significativa diminuição de consultas médicas, por parte dos clientes, uma forte influência perante a função imunitária e a atividade do sistema nervoso autónomo, sendo as suas respostas biológicas congruentes com o estado das pessoas que tentam relaxar, demonstrando ainda efeitos positivos na diminuição da pressão arterial sistólica e diastólica (Pennebaker & Chung, 2007). Benefícios comportamentais também foram identificados, tais como, melhoria das notas de estudantes que se expressam emocionalmente através da escrita, profissionais séniores que foram demitidos arranjam trabalho mais rapidamente e confirmaram a diminuição no consumo de álcool. Porém não demonstrou evidências significativas na diminuição do consumo do tabaco ou aumento do exercício físico. Apesar da dor emocional vivida ao longo dos dias em que se procede à escrita, quando realizada, produz melhorias significativas a longo prazo no humor, nos indicadores de bem-estar e diminuição do stress (Pennebaker & Chung, 2007).

Todavia, para que a escrita expressiva tenha um efeito terapêutico é necessário que quem a utilize conheça alguns dos seus limites de divulgação, que os autores classificam como sendo os seguintes (Pennebaker & Chung, 2007):



- Relativamente ao tópico de escrita, sugerem que não haja um tópico definido para a escrita expressiva, ou havendo, que seja um suficientemente abrangente para não limitar a pessoa naquilo que seja importante para a mesma escrever. Quanto mais restrito for o tópico, menos sucesso terapêutico terá a escrita expressiva, pois as pessoas estarão mais focadas na escrita do que no tópico e no papel das suas emoções na história no geral;
- No que toca à escrita comparativamente ao falar sozinho ou com outras pessoas, os autores referem ser seguro, em termos de evidência, que falar e escrever sobre experiências emocionais é superior do que escrever sobre tópicos superficiais, sendo este um dos grandes benefícios da escrita expressiva;
- Relativamente aos fatores sociais relacionados com a escrita expressiva, os autores referem que o paradigma da escrita expressiva não integra o feedback social e que os benefícios da escrita expressiva ocorrem mesmo que tal não ocorra;
- Com relação à forma como escrever, os autores referem que escrever à mão com caneta/lápis promove maior envolvimento no processo levando a uma autoavaliação muito maior, do que escrever a computador. Por outro lado, a escrita com o dedo, permite, de acordo com vários participantes, expressarem-se mais livremente no que concerne a alguns dos seus mais íntimos pensamentos, comparativamente à escrita com a caneta.
- Relativamente ao momento para aplicar o paradigma da escrita expressiva, existem momentos mais oportunos do que outros. Os autores sugerem que os profissionais de saúde devem atrasar o uso da escrita expressiva até, pelo menos, um a dois meses após a ocorrência do evento traumático, ou pelo menos, até considerarem que a pessoa está demasiado focada no evento. Evidenciam que a pessoa ter pensamentos ruminantes ou até obsessivos relativos ao trauma até algumas semanas após o evento não é motivo para utilizar a escrita expressiva, mas se passados seis meses esse tipo de pensamentos continuar a existir, então que a escrita expressiva poderá ser muito benéfica quando aplicada nestes casos.
- No que concerne ao tempo entre as sessões e de escrita, recomendam que haja uma semana de intervalo entre uma sessão de encontro com o profissional de saúde, e outra, assim como, recomendam que a pessoa escreva só de um a cinco dias consecutivos após uma sessão, no máximo uma vez por dia entre dez a

quarenta e cinco minutos por cada sessão de escrita, que pode ocorrer em qualquer local, sendo preconizado uma a sete sessões de escrita expressiva no máximo.

- Abordam a importância de se realizar um *follow-up* dos pacientes que utilizaram o paradigma da escrita expressiva cerca de seis meses após as sessões de escrita estarem completas.

Especificamente no que toca à sua aplicabilidade no âmbito de pacientes com risco de desenvolver, ou que desenvolveram, uma depressão perinatal há pouca evidência sobre o tema, tendo encontrado um estudo cujo objetivo foi compreender se a utilização do paradigma da escrita expressiva havia sido eficaz na diminuição da depressão e dos sintomas de stress pós-traumático após o parto (Blasio & Camisaca, 2015), realizado por duas psicólogas de nacionalidade italiana, a 113 mulheres, onde avaliaram o risco de desenvolverem uma depressão pós-parto nos primeiros dias após o parto, e dois a três meses após a primeira avaliação aplicaram o paradigma da escrita expressiva. De acordo com as autoras os resultados demonstraram que a escrita expressiva pode ser uma intervenção universal, muito útil, e de baixo custo, a realizar neste período, para prevenir a característica angústia no pós-parto das mulheres (Blasio & Camisaca, 2015). Especificamente, utilizar o paradigma da escrita expressiva neste período, pode ser muito benéfico para mulheres com altos e médios níveis de depressão, na medida em que diminui os sintomas de stress pós-traumático com grande eficácia, assim como diminui o evitamento característico do stress pós-traumático neste período e os sintomas somático-afetivos que produzem a grande tensão, a irritabilidade, perturbação do sono, ansiedade, problemas do apetite, entre outros. Para as autoras, estes sintomas de evitamento estão relacionados com o facto da maternidade ser tão positivamente valorizada na sociedade e na família, podendo a mulher sentir-se inibida a aceitar a angústia e as emoções menos positivas características dos primeiros tempos do pós-parto, evitando-os, embora não deixando de os sentir. Porém, no que toca aos pensamentos e sentimentos negativos relacionados com o parto, o pessimismo, o sentimento de culpa, a autocritica e a baixa autoestima, parecem não ser sensíveis à intervenção mediada pela escrita expressiva (Blasio & Camisaca, 2015).

No que toca à intervenção de âmbito psicoterapêutico individual com a Mariana, mediada pela escrita expressiva, antes de a realizar e considerando o caso clínico da Mariana, realizei alguns ajustes, que acredito que também tenham influenciado a sua adesão ao mediador,

de acordo com o descrito com os autores. No entanto, realizei os ajustes considerados necessários, tornando o mediador o mais ajustado para intervir de acordo com os resultados esperados. No quadro seguinte, faço um breve resumo dos ajustes realizados:

**QUADRO 1.** O paradigma da escrita expressiva *versus* o mediador “escrita expressiva” utilizado na intervenção de âmbito psicoterapêutico com a Mariana.

<b>Características</b>	<b>Paradigma da escrita expressiva (Pennebaker &amp; Chung, 2007)</b>	<b>Mediador escrita expressiva utilizado na intervenção de âmbito psicoterapêutico com a Mariana</b>
<b>Tópico de escrita</b>	- Não há um tópico definido	- Em cinco sessões, três dos tópicos foram definidos, o tópico correspondente à primeira e última sessão, não foram definidos.
<b>Fatores sociais</b>	- Não há feedback social	- Não houve feedback perante o escrito pela Mariana.
<b>Forma como se escreve</b>	- Escrita manual (caneta/lápis) - Escrita digital (computador) - Escrita com o dedo	- Referi que podia optar por qualquer um dos três tipos de escrita.
<b>Timing</b>	- Um a dois meses após a ocorrência do evento traumático, ou pelo menos, até considerarem que a pessoa está demasiado focada no evento cerca de seis mês após a sua ocorrência.	- Não se verificou
<b>Tempo de escrita</b>	- Uma semana de intervalo entre as sessões com o profissional de saúde; - Escrever apenas de um a cinco dias consecutivos após uma sessão;	- Uma semana de intervalo planeada entre as sessões;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escrever no máximo uma vez por dia;</li> <li>- Escrever entre 10 a 45 minutos por sessão de escrita;</li> <li>- Escrever em qualquer local;</li> <li>- Escrever a qualquer hora (a mais oportuna, desde que, quando se comece a escrever, só se termine no final do tempo preconizado para tal);</li> <li>- As sessões de escrita expressiva podem ir de uma a sete, no máximo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escrever apenas de um a cinco dias consecutivos após uma sessão;</li> <li>- Escrever no máximo uma vez por dia e a qualquer hora, desde, que entre 10 a 45 minutos.</li> <li>- Escrever em qualquer local;</li> <li>- Foram planeadas cinco sessões que integravam a utilização do mediador escrita expressiva.</li> </ul>
<b>Follow up</b>	- Realizar um <i>follow up</i> seis meses após as sessões de escrita estarem completas.	- Não foi realizado follow up, devido às limitações referentes ao tempo de estágio.

Relativamente às diferenças descritas face aos tópicos, utilizando o mediador escrita expressiva no âmbito da intervenção psicoterapêutica com a Mariana, e considerando os resultados esperados acima descritos, tencionava compreender – nas sessões sem tópico – em que temas é que a Mariana muito se focava nos respetivos momentos, considerando que abordar a temática da gravidez, da relação com o bebé que se desenvolve em si, da relação dos filhos com o bebé que está a chegar, como imagina ser este bebé, assim como se imagina como mãe deste bebé, por exemplo, são indicadores relacionados com o desenvolvimento da relação mãe-bebé e cuja existência pretendia auscultar e promover.

Não houve feedback aquando dos momentos de escrita por parte da Mariana (uma vez que os mesmos ocorriam fora do período das sessões), contudo, o que a Mariana escrevia, mesmo que pouco, levou várias vezes à sua ligação com os tópicos de maternidade suprarreferidos, como foi sendo descrito nos registos globais de cada sessão, promovendo a reflexão sobre os mesmos e sobre outros adjacentes e subjacentes.

A utilização do mediador escrita expressiva não objetivava o trabalho sob um evento traumático específico, mas sim, uma forma de trabalhar durante a sessão, e fora das sessões, a relação da Mariana com o seu bebé, pelo que o timing de utilização aqui, não se verificou.

O que pude constatar é que a Mariana em duas sessões referiu ter escrito durante 15 minutos (em cada uma) sobre dois temas, respetivamente – “o nascimento dos filhos” e “ser mulher”. Nunca trouxe o papel onde escreveu, ou desenvolveu a forma como escreveu, onde e quando, tendo pouca iniciativa, no geral, para abordar o que havia trabalhado através do mediador, fora das sessões. O que me faz considerar que houve pouca adesão da sua parte ao mediador escrita expressiva, apesar da sua forte motivação inicial observada por mim e pela enfermeira orientadora, para trabalhar a sua relação com a sua filha através deste mediador. Talvez os tópicos mais limitados tivessem, tal como os autores referem, focado a Mariana mais na escrita, em vez de, nas emoções provenientes da escrita, e contribuído para a fraca adesão. No entanto, também não era pretendido que nesta fase gravítica se explorasse de forma aprofundada eventos traumáticos passados associados a emoções profundas, mas sim, que a escrita expressiva criasse uma ponte para o percurso entre os primeiros contactos e o trabalho em prol de uma relação terapêutica entre mim e a Mariana, permitindo-me facilitar o desenvolvimento de uma ligação emocional superior à que tinha, com o bebé que se desenvolvia dentro de si. E neste aspeto, a escrita expressiva pareceu-me ter sido bastante útil e eficaz.

### **Apêndice 13**

“Plano de sessões de intervenção psicoterapêutica individual mediada pela escrita expressiva com tópicos de escrita (Mariana)”

<b>Data das sessões</b>					
8/11 (3 <sup>a</sup> f)	15/11 (3 <sup>a</sup> f)	22/11 (3 <sup>a</sup> f)	29/11 (3 <sup>a</sup> f)	6/12 (3 <sup>a</sup> f)	13/12 (3 <sup>a</sup> f)
32 semanas	33 semanas	34 semanas	35 semanas	36 semanas	37 semanas
<b>Mediador: Escrita Expressiva</b>					
1º Tópico	2º Tópico	3º Tópico	4º Tópico	5º Tópico	6º Tópico
“Qualquer tópico”	“Eu e os meus filhos”	“Eu e o meu bebé”	“O meu bebé”	“Eu, mãe”	“Qualquer tópico”

## **Apêndice 14**

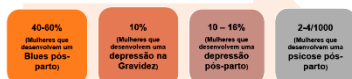
“Poster científico: *Relato Prático sobre o Projeto Mulher, Filha & Mãe*”



## RELATO PRÁTICO SOBRE O PROJETO MULHER, FILHA & MÃE

### INTRODUÇÃO

As perturbações emocionais inerentes ao período perinatal, aquele que vai desde a concepção até ao primeiro ano após o parto (Macedo & Pereira, 2014), são várias e causam um forte impacto na mulher, assim como na sua relação com o bebé que nasceu, com o companheiro, restante família e amigos. De acordo com a DGS (2005) são cerca de:



Tendo em conta os dados supracitados é fácil compreender que o risco de uma mulher ser admitida num serviço de psiquiatria é mais elevado nos primeiros 12 meses após o parto do que em qualquer outro momento da sua vida (Pereira, 2008). Por este mesmo motivo é necessário refletir sobre a pertinência de uma resposta mais focada e estruturada neste período de vida da mulher.

Algo sobre o qual também muito refleti após ter sido mãe, tendo iniciado o meu percurso no desenvolvimento do presente projeto.

### OBJETIVOS

#### GERAL

- Sensibilizar para a área da saúde mental perinatal.

#### ESPECÍFICOS

- Elaborar artigos fidedignos, com base numa linguagem simples e acessível sobre temáticas relacionadas com a saúde mental perinatal;

- Facilitar o acesso à bibliografia utilizada;
- Publicar os artigos no blogue e nos demais espaços *online* com interesse no tema;
- Promover ações de formação sobre saúde mental perinatal junto de qualquer tipo de instituição pública ou privada, ou particulares, que possuam interesse no tema.

### MÉTODOS

O blogue foi fundado em Fevereiro de 2015, mas foi através da sua divulgação nos media que ganhou mais visibilidade, em Abril de 2015. O Projeto Mulher, Filha & Mãe teve início em Junho de 2015, concomitante à primeira ação de formação ministrada no âmbito do projeto.

A partir da elaboração do projeto foi preconizada a realização de, no mínimo, um artigo semanal afeto ao tema a ser publicado no blogue ou noutro espaço online com interesse no tema, uma conta de email com domínio próprio para receber os contactos dos interessados - que foi amplamente divulgado - realizada uma apresentação por escrito do projeto, que foi enviada/apresentada via email e/ou pessoalmente a entidades públicas e privadas e posteriormente, quando foi viável, foi realizado um site afeto, exclusivamente, ao projeto ([www.projetoMulherFilhaeMae.pt](http://www.projetoMulherFilhaeMae.pt)).

### RESULTADOS

Atualmente é possível verificar que desde a concepção do Projeto Mulher, Filha & Mãe foram elaborados e publicados 185 artigos sobre a presente temática, ministradas 5 ações de formação onde cerca de 200 pessoas tiveram acesso de forma gratuita a informação fidedigna. Na sequência da sua dinamização foi contactada por 51 mulheres e 1 homem. Todos os resultados supra identificados serão apresentados nos seguintes gráficos.

Gráfico 1. Divisão dos 185 artigos pelos locais onde foram publicados.

- Revistas - Newspharma; MoodMagazine.
- Jornais - Público.
- Sites - Capazes; Vital Health; Hospital do Futuro

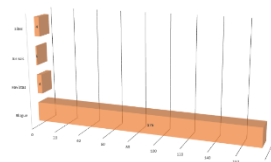


Gráfico 2. Motivos subjacentes aos contactos realizados pelas mulheres.

\*pesquisa de locais de apoio/profissionais de saúde perto dos locais de residência, partilha de vivências, várias dúvidas sobre o tema.

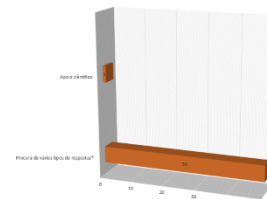
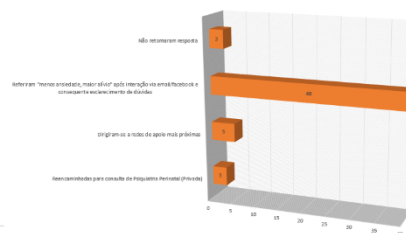


Gráfico 3. Resultado da interação com as mulheres que me contactaram.



PROJETO

Mulher, Filha & Mãe.

### CONCLUSÃO

Ainda há um longo caminho a percorrer, mas tendo em conta que todo este cenário foi construído por mim, de forma voluntária, trabalhando paralelamente a estudar concomitantemente, com família a cargo e sem obter qualquer tipo de remuneração financeira, considero que os resultados apresentados foram muito satisfatórios, e que os objetivos do projeto estão a ser cumpridos dia após dia. Para além disto, os resultados evidenciam a clara necessidade de se desenvolverem projetos deste âmbito, por profissionais com formação específica na área, motivo pelo qual eu mesma também procurei formação académica superior.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** Direção Geral da Saúde (DGS) (2005). *Promção da Saúde Mental na Gravidez e Período Pós-Parto. Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; Pereira, A. T. P. (2008). *Postpartum depression: screening scale: validação para a população portuguesa* (Tese de Doutoramento). Disponível em Repositório Digital da Universidade de Coimbra. Macedo, A. F. & Pereira, A. T. (Coord) (2014). *Saúde Mental Perinatal: Maternidade nem sempre feliz com o nascimento*. Loulé: Libel.

Enfª Ana Vale | [blog@mulherfilhaeae.pt](mailto:blog@mulherfilhaeae.pt)

## **Apêndice 15**

“Registos de contactos telefónicos com Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade da região de Lisboa e Vale do Tejo”

## REGISTO DE CONTACTO COM USF

(Unidade de Saúde Familiar)

**QUESTÃO: “Atualmente têm algum programa específico para dar resposta a mulheres com alterações emocionais no pós-parto? (Por exemplo, baby blues ou depressão pós-parto)”**

Nº	Data	USF	Não	Sim	Observações	Outras notas
1	27/12	Feijó	-	-	Número incorreto	212586700 – Centro de Saúde do Feijó
2	27/12	Centro de saúde Feijó	-	-	Impedido	-
3	27/12	Cova da Piedade	X	-	“ A mulher é encaminhada para o médico pela equipa de enfermagem s/outro tipo de acompanhamento específico” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
4	27/12	Monte de Caparica	-	-	Impedido	-
5	27/12	S. João do Pragal	-	-	Impedido	-
6	27/12	Sobreda	X	-	Falei com administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico.	-
7	27/12	Costa do Mar	-	-	Ninguém atendeu	-
8	27/12	Amora saudável	-	-	Impedido	-
9	27/12	Seixal	-	-	Impedido	-
10	27/12	Cuidar saúde	-	-	Impedido	-
11	27/12	Torre	X	-	“este tipo de situações não são para eu ver, são para serem encaminhadas para o psicólogo, que é o que faço.” (sic)	Falei com Enf. <sup>a</sup>
12	27/12	Fernão Ferro	X	-	Falei com administrativa que referiu não haver nada específico: “Quando assim é, vão diretas para o médico de família.” (sic)	-
13	27/12	Pinhal de frades	X	-	“Médico encaminha para hospital e são sinalizadas a algum colega, não sei qual” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
14	27/12	Rosinha	-	-	Ninguém atendeu	-

15	27/12	Servir saúde	-	-	Ninguém atendeu	-
16	27/12	Amato Lusitano	-	-	Ninguém atendeu	
17	27/12	Arco	-	-	Ninguém atendeu	
18	27/12	Conde de Lousã	X	-	“Não há acompanhamento específico, existe um curso de preparação para a parentalidade dado por uma equipa multidisciplinar e coordenado por uma enfermeira que realiza três sessões no pós-parto onde por vezes são abordadas estas temáticas.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup> .
19	27/12	Ribeiro Sanches	-	-	Ninguém atendeu	-
20	27/12	Venda Nova	-	-	Impedido	-
21	27/12	Alma Mater	X	-	“Não há acompanhamento específico. Por norma o Médico reencaminha para psicólogo ou psiquiatria. Mas há um curso de preparação para a parentalidade na USF central para onde as grávidas são reencaminhadas.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
22	27/12	Eça	X	-	Falei com administrativa que referiu conhecer nada específico	-
23	27/12	Lavradio	X	-	Pedi para falar com a Enf <sup>a</sup> da Quinta da Lomba que é quem lida com esta área. Refere não ter conhecimento de acompanhamento específico.	Falei com Enf <sup>a</sup>
24	27/12	Quinta da Lomba	-	-	Ninguém atendeu	-
25	27/12	Ribeirinha	-	-	Ninguém atendeu (1x)	-
26	27/12	Querer mais	X	-	“Há uma enfermeira que acompanha alguns casos em privado, mas não há nenhum programa específico.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
27	28/12	Afonsoeiro	-	-	Ninguém atendeu	-
28	28/12	Ribeirinha	-	-	Ninguém atendeu (2x)	-
29	28/12	Quinta da Lomba	-	-	Ninguém atendeu	-

30	28/12	Santiago de Palmela	X	-	Falei com secretária que referiu que Fisioterapeuta realiza sessões de recuperação pós-parto e que este tipo de casos são reencaminhados para a psicóloga.	-
31	28/12	Conde Saúde	-	-	Ninguém atendeu	-
32	28/12	Castelo	-	-	Ninguém atendeu	-
33	28/12	Luísa Todi	-	-	Ninguém atendeu	-
34	28/12	São Filipe	-	-	Ninguém atendeu	-
35	28/12	Sado	X	-	“Esses tipos de programas não se fazem aqui, só no ACES, ou em alguma USF do tipo B com um modelo específico” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
36	28/12	Alcals	-	-	Ninguém atendeu	-
37	28/12	Artemisa	-	-	Ninguém atendeu	-
38	28/12	Cidadela	-	-	Ninguém atendeu	-
39	28/12	Costa do Estoril	X	-	“Aqui não há nada disso. Se houver algum problema o médico reencaminha”	Falei com Enf <sup>a</sup>
40	28/12	Emergir	X	-	“Quando assim é reencaminhamos para a psicóloga na Parede. Temos um curso de preparação para a parentalidade e recuperação pós-parto, e também temos encontros específicos no pós-parto, mas é para sessões de massagem ao bebé, ver as mamas das mulheres, etc. Especificamente para esse tema não.”	Falei com Enf <sup>a</sup>

Nº	Data	USF	Não	Sim	Observações	Outras notas
1	28/12	Kosmus	-	-	Ninguém atendeu	-
2	28/12	Marginal	-	-	Ninguém atendeu	-
3	28/12	São João do Estoril	-	-	Número errado	214643712
4	28/12	São João do Estoril	-	-	Ninguém atendeu	-
5	28/12	Carcavelos	-	-	Número errado	212400001/00
6	28/12	Carcavelos	X	-	Falei com administrativa que referiu não haver nenhum programa específico mas para tentar ligar para a UCC Girassol, pois pode ser que tenham.	-
7	28/12	São Domingos de Gusmão	X	-	“Fazemos um acompanhamento caso a caso, temos especialistas em saúde mental e saúde materna que fazem o acompanhamento desses casos, caso a caso”	Falei com Enfª
8	28/12	São Martinho Alcabideche	-	-	Ninguém atendeu	-
9	28/12	Arruda	-	-	s/contacto	-
10	28/12	Castanheira Ribatejo	-	-	Ninguém atendeu	-
11	28/12	Forte	X	-	“Existe uma psicóloga para todo o ACES Vila Franca de Xira, e nós reencaminhamos para essa psicóloga e para o médico de família. Em alguns casos as mulheres são enviadas para a psiquiatria do Hospital Vila Franca de Xira. Para além disso temos uma colega que é especialista em saúde materna e que vai abordando algumas questões com algumas mulheres, mas não é nada protocolado uma vez que essa colega está aqui na condição de enfermeira generalista.” (sic)	Falei com Enf.
12	28/12	Terras de Lira	X	-	Falei com administrativa que referiu não ter conhecimento de algum programa específico.	-
13	28/12	Villa Longa	X	-	“Encaminhamos para a psicóloga do ACES” (sic)	Falei com Enfª
14	28/12	Samora Correia	X	-	“Fazemos uma visita domiciliária nos primeiros 15 dias após o parto, encaminhamos situações mais graves para médico de família, para além da visita	Falei com Enfª

					semanal da grávida à USF que insistimos para que marque connosco” (sic)	
15	28/12	Benavente	-	-	s/contacto	-
16	28/12	Cartaxo Terra Viva	X	-	Falei com administrativa que referiu não ter conhecimento de algum programa específico, apenas um curso de preparação para a parentalidade na UCC.	-
17	28/12	Foral Novo	X	-	“não temos nada relacionado com o tema” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup> .
18	28/12	D. Sancho I	X	-	“não acredito que encontre algo relacionado em alguma USF, as UCC é que atuam mais neste âmbito. Aqui fazemos as convocatórias comuns para as grávidas virem às consultas e nada mais.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup> .
19	28/12	Chamusca	-	-	Falei com administrativa que referiu que talvez na UCC, mas que na USF não tinha conhecimento de nada	-
20	28/12	Vale do Sorraia	-	-	Falei com secretária que referiu não ter conhecimento de nada	-
21	28/12	CampuSaúde	-	-	Ninguém atendeu	-
22	28/12	Salinas Rio Maior	X	-	“Na UCC há uma enfermeira especialista em saúde mental que trabalha com estes casos. Reencaminhamos para a UCC e vigiamos.”	Falei com Enf <sup>a</sup>
23	28/12	Almeida Garrett	-	-	Ninguém atendeu	
24	28/12	Alviela	X	-	“Não temos nada, só o curso de preparação para a parentalidade com a enfermeira especialista em saúde materna” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
25	28/12	Planalto	X	-	Falei com administrativa que referiu que “esses casos são reencaminhados para a UCC e para a psicóloga, se houver necessidade”	-
26	28/12	São Domingos	X	-	Falei com administrativa que referiu que “esses casos são reencaminhados para a UCC e para a psicologia, e também temos um curso de preparação para o parto e acompanhamento pós-parto por parte e uma enfermeira” (sic)	-
27	28/12	Arco	-	-	Falei com administrativa que não tinha conhecimento de nada	-

<b>28</b>	28/12	Jardins da Encarnação	-	-	Número não atribuído	-
<b>29</b>	28/12	Monte Pedral	-	-	Número não atribuído	-
<b>30</b>	28/12	Oriente	X	-	Falei com administrativa que referiu que “reencaminhamos para psicólogos, médicos, mais nada” (sic)	-
<b>31</b>	28/12	São João E. Lóios	X	-	Reencaminham para UPI	-
<b>32</b>	28/12	Sétima colina	-	-	Ninguém atendeu	-
<b>33</b>	28/12	Sofia Abecássis	-	-	Impedido	-
<b>34</b>	28/12	Vasco da Gama	-	-	Ninguém atendeu	-
<b>35</b>	28/12	Ribeira Nova	X	-	Falei com administrativa que referiu não ter conhecimento de nada	-
<b>36</b>	28/12	Fonte Luminosa	-	-	s/contacto	-
<b>37</b>	28/12	Carnide Quer	X	-	“nada específico, só temos o que é integrado no programa de saúde da mulher da DGS”	Falei com Enf <sup>a</sup>
<b>38</b>	28/12	Conchas	X	-	“não temos nada específico”	Falei com Enf <sup>a</sup>
<b>39</b>	28/12	Gerações	X	-	“não temos nada específico”	Falei com Enf <sup>a</sup>
<b>40</b>	28/12	Luz	-	-	Ninguém atendeu	-



Nº	Data	USF	Não	Sim	Observações	Outras notas
1	3/1	Luz	-	-	Ninguém atendeu (2x)	-
2	3/1	Parque	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico, à exceção da realização do curso de preparação para a parentalidade.	-
3	3/1	Rodrigues Miguéis	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico, à exceção da realização do curso de preparação para a parentalidade.	-
4	3/1	Tilias	-	-	Ninguém atendeu	-
5	3/1	Descobertas	-	-	Ninguém atendeu	-
6	3/1	Santo condestável	-	-	Ninguém atendeu	-
7	3/1	Ajuda	-	-	Ninguém atendeu	-
8	3/1	Conde Oeiras	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico, à exceção da realização do curso de preparação para a parentalidade.	-
9	3/1	Dafundo	-	-	Ninguém atendeu	-
10	3/1	Delta	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico, à exceção da realização do curso de preparação para a parentalidade.	-
11	3/1	Jardins Plátanos	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico, à exceção da realização do curso de preparação para a parentalidade.	-
12	3/1	São Julião	-	-	Ninguém atendeu	-
13	3/1	Oeiras	-	-	s/contacto	-
14	3/1	Ars Médica	-	-	Ninguém atendeu	-
15	3/1	Loures Saudável	X	-	“não temos nenhum programa específico, só o seguimento normal de saúde materna e planeamento familiar” (sic)	Falei com Enfª
16	3/1	Magnólia	-	-	Impedido	-

17	3/1	Parque da cidade	-	-	Ninguém atendeu	-
18	3/1	Prior velho	-	-	Impedido	-
19	3/1	Valflores	-	-	Ninguém atendeu	-
20	3/1	São João da Talha	-	-	Ninguém atendeu	-
21	3/1	Tejo	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
22	3/1	Travessa da Saúde	X	-	“Na UCC há duas enfermeiras especialistas em saúde materna que fazem o curso de preparação para a parentalidade e é para lá que reecaminhamos as mulheres para os cursos. Não temos nada específico dentro desse âmbito.” (sic)	Falei com Enfª
23	3/1	Novo Mirante	-	-	s/contacto	-
24	3/1	Sacavém	-	-	Ninguém atendeu	-
25	3/1	Cruzeiro	X	-	“não temos nada” (sic)	Falei com Enfª
26	3/1	Ramada	-	-	Ninguém atendeu	-
27	3/1	Genesis	-	-	Ninguém atendeu	-
28	3/1	Locomotiva	X	-	“Não temos nenhum programa específico, mas temos a psicóloga que dá algum apoio. Na USF também trabalhamos pelo método de enfermeiro de família o que nos permite ajudar mais essas famílias e detetar mais facilmente esses casos, no meu ponto de vista.” (sic)	Falei com Enfª
29	3/1	D. Francisco Almeida	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
30	3/1	Fátima	-	-	Ninguém atendeu	-
31	3/1	Auren	-	-	s/contacto	-
32	3/1	Marmelais	X	-	“como não há enfermeiras especialistas em saúde materna são as fisioterapeutas a realizarem os cursos de preparação para o parto. Mas não temos nenhum	Falei com Enfª

					programa específico para além do curso” (sic)	
<b>33</b>	3/1	Santa maria tomar	-	-	Ninguém atendeu	-
<b>34</b>	3/1	Almonda	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
<b>35</b>	3/1	Nove Torres	X	-	“atualmente já não temos curso de preparação para o parto, que era o que tínhamos mais específico dentro deste âmbito. As grávidas são todas reencaminhadas para a UCC de Torres Novas.” (sic)	Falei com Enfª
<b>36</b>	3/1	Pedro e Inês	X	-	“Temos a sorte da UCC funcionar no mesmo espaço da USF e a enfermeira especialista em saúde mental dá seguimento individualizado a casos mais específicos de depressão pós-parto. Contudo, não temos nenhum programa específico.”	Falei com Enfª -
<b>37</b>	3/1	Banquinha	-	-	Ninguém atendeu	-
<b>38</b>	3/1	Pinhal Rei	X	-	“não temos nada específico, reencaminhamos para o médico que reencaminha para a especialidade médica correspondente” (sic)	Falei com Enfª
<b>39</b>	3/1	Santa Maria Benedita	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
<b>40</b>	3/1	Bordalo pinheiro	-	-	Ninguém atendeu	-

Nº	Data	USF	Não	Sim	Observações	Outras notas
1	3/1	Rainha D. Leonor	-	X	“Na UCC das Caldas da Rainha há uma enfermeira especialista em saúde mental que faz formação duas vezes po ano sobre a prevenção da depressão pós-parto, faz folhetos para as USF entregarem às mães/grávidas, e está em articulação com a USF e com o Hospital. A enfermeira serve como elo de ligação dentro desta área, e segue de forma individualizada estes casos.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
2	3/1	Tornada	-	X	“Na UCC das Caldas da Rainha há uma enfermeira especialista em saúde mental que faz formação duas vezes po ano sobre a prevenção da depressão pós-parto, faz folhetos para as USF entregarem às mães/grávidas, e está em articulação com a USF e com o Hospital. A enfermeira serve como elo de ligação dentro desta área, e segue de forma individualizada estes casos.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
3	3/1	Global	-	-	Ninguém atendeu	-
4	3/1	Nazareth	X	-	Colega recursou apresentar-se e evidenciou que a nossa classe não tinha competência para trabalhar este tipo de áreas que concernem em exclusivo à psicologia.	Falei com Enf <sup>a</sup>
5	3/1	D. Jordão	-	X	Falei com uma administrativa que referiu haver um programa específico dentro deste âmbito organizado por uma enfermeira especialista em saúde mental. Neste momento não está no serviço, mas pediu-me para voltar a ligar mais tarde.	-

6	3/1	Andreas	-	-	Número não está atribuído	-
7	3/1	Ouriceira	-	-	Ninguém atendeu	-
8	3/1	Costa Campos	-	-	Ninguém atendeu	-
9	3/1	Arandis	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
10	3/1	Gama	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico	-
11	3/1	Santa cruz	X	-	“não temos nenhum programa específico, mas quando desconfiamos de alguma coisa preenchemos uma escala e depois reencaminhamos para a psicóloga de Torres Vedras” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
12	3/1	Alba saúde	-	-	Ninguém atendeu	-
13	3/1	Alphamouro	-	-	Ninguém atendeu	-
14	3/1	Colares	-	-	Ninguém atendeu	-
15	3/1	Cynthia	X	-	“não temos nenhum programa específico mas temos um curso de preparação para o parto dado por uma equipa multidisciplinar e esse tema é abordado pela enfermeira e pela psicóloga em conjunto. Se houver algum indicio de alguém desenvolver uma depressão pós-parto é seguida pela psicóloga.” (sic)	Falei com Enf <sup>a</sup>
16	3/1	Lapiás	-	-	Ninguém atendeu	-
17	3/1	Mactamã	-	-	Ninguém atendeu	-
18	3/1	Mãe d’água	-	-	Ninguém atendeu	-
19	3/1	Mura Sintra	-	-	Impedido	-
20	3/1	Monte da lua	-	-	Ninguém atendeu	-
21	3/1	Natividade	X	-	Falei com uma administrativa que referiu não ter conhecimento de nada específico mas que havia um gabinete de psicologia para onde eram reencaminhados estes casos	-
22	3/1	São Marcos	X	-	Ninguém atendeu	-
23	3/1	Flor de Lótus	-	-	Ninguém atendeu	-
24	3/1	Monte da luz	-	-	Ninguém atendeu	-

25	3/1	D. Jordão	X	-	Ninguém atendeu	-
26	3/1	São Marcos	-	-	Ninguém atendeu	-
27	3/1	Flor de lótus	-	-	Ninguém atendeu	-
28	3/1	Monte da luz	X	-	Ninguém atendeu	-
29	4/1	D. Jordão	X	-	Ninguém atendeu	-
30	11/1	Enfª da D. Jordão	-	X	“Tenho sim! Na verdade, estou a começa-lo, mas já o apresente à equipa. É um projeto – “ser no amor” – que visa atuar ao nível da prevenção da depressão perinatal, assim como do espaço para haver seguimento individual caso a mulher tenha um alto risco de desenvolver, ou desenvolva, uma depressão perinatal” (sic)	Falei com Enfª

### REGISTO DE CONTACTO COM UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade)

**QUESTÃO:** “Atualmente têm algum programa específico para dar resposta a mulheres com alterações emocionais no pós-parto? (Por exemplo, baby blues ou depressão pós-parto)”

Nº	Data	UCC	Não	Sim	Observações	Outras notas
1	12/1	Outra margem	-	-	Ninguém atendeu	-
2	12/1	Seixal	-	-	Ninguém atendeu	-
3	12/1	Amadora mais	X	-	“Não temos um programa específico, mas temos uma psicóloga que aborda o tema no curso de preparação para a parentalidade” (sic)	Falei com Enfª
4	12/1	Montijo/Alcochete	X	-	“Não temos um programa específico, mas temos uma psicóloga que aborda o tema no curso de preparação para a parentalidade e uma enfermeira especialista em saúde materna que vai ao domicilio das recém-mães” (sic)	Falei com Enfª
5	12/1	Saúde à Beira Tejo	-	-	Ninguém atendeu	-
6	12/1	Palmela	-	-	Número não atribuído	-
7	12/1	Sesimbra	X	-	Falei com administrativa que referiu não haver nada específico à exceção do curso de preparação para a parentalidade	-

8	12/1	Cascais care	-	-	Número errado	214547040
9	12/1	Girassol	X	-	Falei com administrativo que referiu “o melhor para isso é a psicologia. Se o médico entender que a médica está a passar por isso, só mesmo a psicologia para ajudar.” (sic)	-
10	12/1	Cascais Care	X	-	Falei com a administrativa que disse “Não temos nenhum programa específico, mas a enfermeira especialista em saúde materna aplica um questionário às mulheres, e consoante os resultados, encaminha para a psicóloga. Também temos recuperação física e mental pós-parto” (sic)	-
11	12/1	Arruda dos vinhos	X	-	“Acredito que seja feito algo, mas nada específico. Aqui temos uma enfermeira especialista em saúde materna que está no curso de preparação para o parto e na recuperação pós-parto.” (sic)	Falei com Enfª
12	12/1	Azambuja	-	-	Ninguém atendeu	-
13	12/1	Vila Franca de Xira	-	-	Ninguém atendeu	-
14	12/1	Benavente	-	-	Ninguém atendeu	-
15	12/1	Almeirim/Alpiarça	-	-	Ninguém atendeu	-
16	12/1	Cartaxo	-	-	Ninguém atendeu	-
17	12/1	Chamusca/Golegã	-	-	Ninguém atendeu	-
18	12/1	Coruche (Ponte para saúde)	-	X	“Sim, temos um programa específico para esses casos que é realizado pela colega especialista em saúde mental. Os casos são todos reencaminhados para ela, que os segue individualmente, mas de momento está ausente” (sic)	-
19	12/1	Rio Maior	-	-	Ninguém atendeu	-
20	12/1	Abraçar Queluz	-	-	Ninguém atendeu	-
21	12/1	Albus Petra	-	-	Ninguém atendeu	-
22	12/1	Alcobaça/Nazaré	X	-	Falei com a administrativa que referiu não haver nada específico	-
23	12/1	Alenquer	X	-	Falei com a administrativa que referiu não haver nada específico à exceção dos cursos de preparação para o parto	-
24	12/1	Almoural Olhos de Água Ourém (Trabalham em conjunto neste projeto)	-	X	Falei com a administrativa que referiu: “Temos um projeto específico nesse âmbito dinamizado por enfermeiras especialistas em saúde mental, que no curso de preparação para a parentalidade abordam o tema numa das sessões, e no pós-parto também. No pós-parto organizam uma partilha de grupo única, mas não tem acompanhamento individual. Articulam-se com o médico e com o hospital	-

para tratarem de casos mais graves, como já tem acontecido”						
25	12/1	Barreiro	-	-	Ninguém atendeu	-
26	12/1	Cacém-care	X	-	Falei com a administrativa que referiu não haver nada específico à exceção dos cursos de preparação para o parto	-
27	12/1	Cadaval	X	-	Falei com a administrativa que referiu não haver nada específico à exceção dos cursos de preparação para o parto	-
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						



## **Apêndice 16**

“Instrumentos de colheita de dados utilizados na apreciação clínica da depressão (PDSS – validado para a população portuguesa) e ansiedade (PASS) perinatal”

**PDSS-24 – Versão para a GRAVIDEZ (Pereira et al., 2013)**

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **ANTES DO NASCIMENTO** do seu bebé. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação. Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

**NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, EU...**

	<div> <div>Concordo muito</div> <div>Concordo</div> <div>Não concordo nem</div> <div>Discordo</div> <div>Discordo muito</div> </div>				
1. tive dificuldades em dormir.....	1	2	3	4	5
2. senti-me completamente sozinha.....	1	2	3	4	5
3. não consegui concentrar-me em nada.....	1	2	3	4	5
4. senti-me um fracasso .....	1	2	3	4	5
5. comecei a pensar que estaria melhor morta.....	1	2	3	4	5
6. perdi o apetite.....	1	2	3	4	5
7. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).....	1	2	3	4	5
8. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz .....	1	2	3	4	5
9. senti que estava a perder o juízo.....	1	2	3	4	5
10. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria .....	1	2	3	4	5
11. senti que as outras grávidas eram melhores do que eu.....	1	2	3	4	5
12. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.....	1	2	3	4	5
13. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.....	1	2	3	4	5
14. Tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.....	1	2	3	4	5
15. senti-me culpada por não sentir o amor que devia ter pelo meu futuro bebé.....	1	2	3	4	5
16. quis fazer mal a mim própria.....	1	2	3	4	5
17. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).....	1	2	3	4	5
18. tenho andado muito irritável.....	1	2	3	4	5
19. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.....	1	2	3	4	5
20. senti que o meu futuro bebé estaria melhor sem mim.....	1	2	3	4	5
21. sabia que devia comer mas não consegui.....	1	2	3	4	5
22. senti-me inquieta, tinha de andar de um lado para o outro .....	1	2	3	4	5
23. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.....	1	2	3	4	5
24. só queria deixar este mundo.....	1	2	3	4	5

**PDSS-21 – Versão PÓS-PARTO (Pereira et al., 2013)**

A seguir encontra uma lista de afirmações que descrevem sentimentos que as mães podem ter **DEPOIS DO NASCIMENTO** do seu bebé. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada afirmação. Ao completar o questionário coloque um círculo na resposta que melhor descreve o modo como se tem sentido durante as **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, indique o seu grau de concordância com cada frase.

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>Discordo muito</span> <span>Discordo</span> <span>Não concordo nem</span> <span>Concordo</span> <span>Concordo muito</span> </div>				
	1	2	3	4	5
<b>NAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, EU...</b>					
1. tive dificuldades em dormir mesmo quando o meu bebé dormia.....	1	2	3	4	5
2. já não sabia quem eu era.....	1	2	3	4	5
3. senti-me um fracasso como mãe .....	1	2	3	4	5
4. senti-me verdadeiramente angustiada (oprimida).....	1	2	3	4	5
5. tive medo de nunca mais voltar a ser feliz .....	1	2	3	4	5
6. senti que estava a perder o juízo.....	1	2	3	4	5
7. senti que estava a tornar-me uma estranha para mim própria .....	1	2	3	4	5
8. pensei que a morte seria a única solução para sair deste pesadelo.....	1	2	3	4	5
9. acordei a meio da noite e tive dificuldade em voltar a adormecer.....	1	2	3	4	5
10. senti altos e baixos nas minhas emoções.....	1	2	3	4	5
11. pensei que estava a enlouquecer.....	1	2	3	4	5
12. tive medo de nunca mais ser a mesma pessoa.....	1	2	3	4	5
13. quis fazer mal a mim própria.....	1	2	3	4	5
14. dei voltas na cama durante muito tempo a tentar adormecer (à noite).....	1	2	3	4	5
15. senti-me nervosa pela mínima coisa relacionada com o meu bebé.....	1	2	3	4	5
16. tenho andado muito irritável.....	1	2	3	4	5
17. tenho tido dificuldades em tomar decisões mesmo simples.....	1	2	3	4	5
18. senti que tinha de esconder o que pensava ou sentia pelo meu bebé.....	1	2	3	4	5
19. senti que o meu bebé estaria melhor sem mim.....	1	2	3	4	5
20. tive dificuldades em concentrar-me numa tarefa.....	1	2	3	4	5
21. só queria deixar este mundo.....	1	2	3	4	5

Name:

DOB:

### PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE (PASS)

☐ ANTENATAL

☐ POSTNATAL

DATE:

Weeks pregnant ( )

Baby's age ( )

OVER THE PAST MONTH, How often have you experienced the following? Please tick the response that most closely describes your experience for every question.

	Not at all	Some times	Often	Almost Always
1. Worry about the baby/pregnancy	0	1	2	3
2. Fear that harm will come to the baby	0	1	2	3
3. A sense of dread that something bad is going to happen	0	1	2	3
4. Worry about many things	0	1	2	3
5. Worry about the future	0	1	2	3
6. Feeling overwhelmed	0	1	2	3
7. Really strong fears about things, eg needles, blood, birth, pain, etc	0	1	2	3
8. Sudden rushes of extreme fear or discomfort	0	1	2	3
9. Repetitive thoughts that are difficult to stop or control	0	1	2	3
10. Difficulty sleeping even when I have the chance to sleep	0	1	2	3
11. Having to do things in a certain way or order	0	1	2	3
12. Wanting things to be perfect	0	1	2	3
12. Needing to be in control of things	0	1	2	3
14. Difficulty stopping checking or doing things over and over	0	1	2	3
15. Feeling jumpy or easily startled	0	1	2	3

16. Concerns about repeated thoughts	0	1	2	3
17. Being 'on guard' or needing to watch out for things	0	1	2	3
18. Upset about repeated memories, dreams or nightmares	0	1	2	3
	Not at all	Sometimes	Often	Almost Always
Continued on Back				

	Not at all	Some times	Often	Almost Always	
19. Worry that I will embarrass myself in front of others	0	1	2	3	
20. Fear that others will judge me negatively	0	1	2	3	
21. Feeling really uneasy in crowds	0	1	2	3	
22. Avoiding social activities because I might be nervous	0	1	2	3	
23. Avoiding things which concern me	0	1	2	3	
24. Feeling detached like you're watching yourself in a movie	0	1	2	3	
25. Losing track of time and can't remember what happened	0	1	2	3	
26. Difficulty adjusting to recent changes	0	1	2	3	
27. Anxiety getting in the way of being able to do things	0	1	2	3	
28. Racing thoughts making it hard to concentrate	0	1	2	3	
29. Fear of losing control	0	1	2	3	
30. Feeling panicky	0	1	2	3	
31. Feeling agitated	0	1	2	3	
	Not at all	Sometimes	Often	Almost Always	
Global Score					

Reference:

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Page, A.C. (2014).

The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Archives of*

*Women's Mental Health*, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8

Department of Health, State of Western Australia (2013).

Copyright to this material produced by the Western Australian Department of Health belongs to the State of Western Australia, under the provisions of the Copyright Act 1968 (Commonwealth of Australia). Apart from any fair dealing for personal, academic, research or non-commercial use, no part may be reproduced without written permission of the Department of Psychological Medicine, Women and Newborn Health Service, WA Department of Health. Please acknowledge the authors and the WA Department of Health when reproducing or quoting material from this source.

## **Apêndice 17**

“Atividades realizadas em contexto de internamento associadas ao desenvolvimento  
das CCEE e das CEEESMP”

**ATIVIDADES REALIZADAS EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO  
ASSOCIADAS AO DESENVOLVIMENTO DAS CCEE E DAS CEEESMP.**

<b>TIPO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>DOMÍNIO DE COMPETÊNCIA</b>	<b>UNIDADE DE COMPETÊNCIA</b>	<b>DESIGNAÇÃO DA ATIVIDADE</b>
<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  (OE, 2010, p. 4-10)	<b>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – (A1) -</b> Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção	Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada	Enfermeira de referência; O uso terapêutico de mim.
		Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas	
		Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade	
		Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	Diálogo com Enfermeira e Docente orientadora; Participação numa reunião multidisciplinar
	<b>Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – (A2) -</b> Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	Promove a proteção dos direitos humanos	Consulta de informação clínica; Diário de campo; Enfermeira de referência;
		Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente	Enfermeira de referência; O uso terapêutico de mim.
	<b>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade – (B2) -</b>	Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado	Enfermeira de referência; Elaboração do Programa AMA

<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  <b>(OE, 2010, p. 4-10)</b>	Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;	Planeia programas de melhoria contínua	
	<b>Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade – (B3) -</b> Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro	Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo	Consulta de informação clínica; Diário de campo; Enfermeira de referência; O uso terapêutico de mim.
	<b>Competências do domínio da gestão dos cuidados – (C1) -</b> Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional	Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão	Enfermeira de referência; Participação nas passagens de turno; Participação nas atividades terapêuticas planeadas.
	<b>Competências do domínio da gestão dos cuidados – (C2) -</b> Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados	Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados	Participação nas atividades terapêuticas planeadas
		Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos	Participação nas passagens de turno; Participação nas atividades terapêuticas planeadas; Enfermeira de referência
	<b>Competências do domínio das aprendizagens</b>	Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro	Reflexão de aprendizagem;



<b>COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>  (OE, 2010, p. 4-10)	<b>profissionais – (D1) -</b> Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional	Diálogo com Enfermeira orientadora e Docente orientadora
	<b>Competências do domínio das aprendizagens</b>	Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialidade	Atividades de âmbito psicoeducativo.
	<b>profissionais – (D2) -</b> Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento	Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade	Enfermeira de referência; Diálogo com Enfermeira orientadora e Docente orientadora
		Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	Enfermeira de referência;
<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA</b>  (OE, 2010, p. 4-8)	<b>Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional</b>	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	Reflexão de aprendizagem;  Reflexões conjuntas;  Atividades de âmbito psicoeducativo;  Participação nas atividades terapêuticas planeadas;  O uso terapêutico de mim.
		Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Atividades de âmbito psicoeducativo; O uso terapêutico de mim.

<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA</b>  (OE, 2010, p. 4-8)	<b>Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental</b>	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	Enfermeira de referência; o uso terapêutico de mim.
		Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos	Atividades de âmbito psicoeducativo.
	<b>Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto</b>	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Enfermeira de referência; Atividades de âmbito psicoeducativo;
		Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	Participação nas passagens de turno; Participação nas atividades terapêuticas planeadas;
		Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	O uso terapêutico de mim.
		Realiza e implementa o planeamento de cuidados de um grupo ou comunidade.	Atividades de âmbito psicoeducativo.
		Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as	Enfermeira de Referência

		opções mais ajustadas em cuidados de saúde	
	<b>Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.</b>	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	Atividades de âmbito psicoeducativo.
		Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	Enfermeira de Referência; Atividades de âmbito psicoeducativo; Participação nas atividades terapêuticas planeadas; O uso terapêutico de mim.

## **Apêndice 18**

“Critérios de avaliação das atividades desenvolvidas em contexto de internamento  
de acordo com o Regulamento das Competências específicas de Enfermeiro  
Especialista em Saúde Mental”

**Influência das atividades desenvolvidas em contexto de internamento no  
desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em saúde mental e  
psiquiatria**

<b>Atividade</b>	<b>Unidade de competência</b>	<b>CrITÉrios de avaliação</b>
Enfermeira de Referência	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	Possibilitou-me trabalhar sobre a avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental dos jovens de quem fui enfermeira de referência, executar uma avaliação das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, assim como avaliar o impacto que o problema de saúde mental tinha na sua qualidade de vida e bem-estar, com ênfase na funcionalidade e autonomia. Permitiu-me avaliar também a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos onde estava inserido, sistema social, de saúde, escolar, cultural, desportivo e recreativo.
	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Neste contexto foi-me possível trabalhar para identificar os problemas e as necessidades específicas dos jovens e famílias, no âmbito da saúde mental, assim como avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar, tal como o momento que viviam quando tive acesso aos respetivos casos clínicos. Identifiquei perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferenciando os estados fisiológicos, perturbações orgânicas, ou restantes problemas dos jovens, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental. Foi-me possível identificar complicações que frequentemente decorriam dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. Apliquei, neste âmbito, sistemas de taxonomias standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, como os da NANDA International.
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando	Identifiquei indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental ao longo das várias intervenções individuais e em grupo onde os jovens estavam presentes, e identifiquei e descrevi os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de

	indicadores sensíveis em saúde mental	cuidados e ganhos em saúde mental, de acordo com a <i>Nursing Outcomes Classification</i> (NOC).
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	Concebi estratégias de empoderamento que objetivassem o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a reduzir o risco de agudização da perturbação mental, por parte dos jovens, assim como, monitorizei a sua segurança e fiz avaliação contínua conjuntamente com a Enfermeira orientadora para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, não tendo sido necessário intervir no âmbito da urgência psiquiátrica. Como tal, elaborei o plano de cuidados a desenvolver com os jovens de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, gerindo também o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade.
	Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde	Desempenhei funções de terapeuta de referência de dois jovens, elaborei e supervisionei o seu plano individualizado de tratamento/reabilitação no âmbito da especialidade de enfermagem de saúde mental, avaliando a evolução dos casos com a médica de referência, e refleti, tendo por base o caso clínico dos jovens, sobre o acesso a recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.
	Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	Implementei intervenções psicoterapêuticas individuais centrada na resposta dos jovens aos processos de saúde/doença mental e à transição pela qual estava a passar (adolescência). Utilizei técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para aumentar o <i>insight</i> , para facilitar as respostas adaptativas que os permitissem recuperar a sua saúde mental, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.

Atividades de âmbito psicoeducativo	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	A prática destas sessões psicoeducativas permitiu-me trabalhar vários aspetos deste âmbito ao longo da sessão, e refletir conjuntamente sobre tal com a Enfermeira orientadora após a sessão, nomeadamente sobre a identificação de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o grupo e/ou com determinados jovens ao longo das sessões, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Também contribui em larga escala para trabalhar a monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, especialmente durante as sessões e de acordo com o feedback do grupo, que no momento em que ocorriam nem sempre eram conscientes, mas que com a prática e com o desenvolvimento do estágio, foram-se tornando cada vez mais conscientes no momento presente.
	Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Desenvolver este tipo de atividades permitiu-me trabalhar a avaliação de fatores promotores e protetores de bem-estar e saúde mental, assim como, fatores predisponentes de perturbação nos grupos, e executar uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do grupo que se encontrava em internamento.
	Coordena, implementa e desenvolve projectos de promoção e protecção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupo.	Implementei um projeto de intervenção de âmbito psicoeducativo ao grupo que se encontrava no internamento, na respetiva fase do ciclo vital, promovendo o bem-estar e saúde mental dos jovens que necessitavam de cuidados na instituição.
	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Neste contexto foi-me possível trabalhar a identificação dos problemas e as necessidades específicas do grupo, no âmbito da saúde mental, assim como avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. Identifiquei perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferenciando os estados fisiológicos, perturbações orgânicas, ou restantes problemas dos jovens, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental. Foi-me possível

		identificar complicações que frequentemente decorriam dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física. Tive também a possibilidade de avaliar, atendendo ao grupo em questão, o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e para os outros, nomeadamente relativo a suicídio e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar o grupo a assegurar um ambiente o menos restritivo possível e que garantisse a sua segurança. Apliquei, neste âmbito, sistemas de taxonomias estandardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, como os da NANDA International.
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	Identifiquei indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental ao longo das várias sessões psicoeducativas em grupo e identifiquei e descrevi os resultados clínicos para o grupo relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental, de acordo com a <i>Nursing Outcomes Classification</i> (NOC).
	Realiza e implementa o planeamento de cuidados de um grupo ou comunidade	Comprometi-me com o trabalho desenvolvido na equipa multiprofissional que integrei ao longo do estágio, responsabilizando-me pelos cuidados em psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme o enquadramento legal.
	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	Implementei intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais, assim como, eduquei e ajudei o grupo na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, tendo demonstrado sensibilidade na abordagem de assuntos tais como: comportamentos de risco, violência, autoimagem e autocuidado. Ao longo das sessões, avaliei o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação e considerei a disponibilidade do grupo, e de cada um em particular, para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde enquanto abordava este tipo de temáticas ao longo das sessões de psicoeducação.



	Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	Implementei intervenções psicoterapêuticas individuais centrada na resposta de determinados jovens aos processos de saúde/doença mental e à transição pela qual estava a passar (adolescência). Utilizei técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para aumentar o <i>insight</i> , para facilitar as respostas adaptativas que os permitissem recuperar a sua saúde mental, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.
O uso terapêutico de mim	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	Estar consciente de mim mesmo durante a relação terapêutica, e do uso da minha personalidade como instrumento terapêutico, permitiu-me trabalhar vários aspetos deste âmbito ao longo da sessão, e refletir conjuntamente sobre tal com a Enfermeira orientadora ao longo do estágio, nomeadamente sobre a identificação de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o grupo e/ou com determinados jovens ao longo das sessões, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Também contribuiu em larga escala para trabalhar a monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, em vários momentos ao longo do internamento, embora que, esta consciência que identifico, ocorreu numa crescente há medida que o tempo ia passando e que ia refletindo de forma mais aprofundada sobre tudo o que ia absorvendo conscientemente do estágio. Foi muito gratificante, ficar cada vez mais consciente deste processo e da sua importância na relação com o outro, embora saiba que ainda há muito para trabalhar neste âmbito com a continuidade da prática profissional no campo de ação da especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.
	Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando da avaliação de fatores promotores e protetores de bem-estar e saúde mental, assim como, fatores predisponentes de perturbação nos grupos, e execução de uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do grupo que se encontrava em internamento.

	Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família	O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando da avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental dos jovens, aquando da execução de uma avaliação das suas capacidades internas e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental, assim como, aquando da avaliação do impacto que o problema de saúde mental tinha na qualidade de vida e bem-estar dos respetivos, com ênfase na funcionalidade e autonomia.
	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando trabalhei no âmbito da identificação dos problemas e das necessidades específicas dos jovens e famílias, no âmbito da saúde mental, assim como, na avaliação do impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar. O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando trabalhei no âmbito da identificação das perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferenciando os estados fisiológicos, perturbações orgânicas, ou restantes problemas dos jovens, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental. Foi-me possível identificar complicações que frequentemente decorriam dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física, considerando com cada vez maior consciência o uso terapêutico de mim.
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando trabalhei na conceção de estratégias de empoderamento que objetivassem o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a reduzir o risco de agudização da perturbação mental, por parte dos jovens, assim como, aquando da sua monitorizei em termos de segurança. O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo, aquando trabalhei na avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental. Como tal, elaborei o plano de cuidados a desenvolver com os jovens de forma a aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade, gerindo também o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade

		considerando com cada vez maior consciência o uso terapêutico de mim.
	Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental	O uso terapêutico de mim ocorreu e desenvolveu-se em simultâneo quando trabalhei em prol da implementação de intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais, assim como, quando eduquei e ajudei o grupo na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas, tendo estado presente também aquando da demonstração de sensibilidade na abordagem de assuntos tais como: comportamentos de risco, violência, autoimagem e autocuidado. Ao longo das sessões, avaliei o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação e considerei a disponibilidade do grupo, e de cada um em particular, para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde enquanto abordava este tipo de temáticas ao longo das sessões de psicoeducação, considerando com cada vez maior consciência, especialmente de uma sessão para a outra, o uso terapêutico de mim.
	Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação	O uso terapêutico de mim ocorreu, e desenvolveu-se em simultâneo aquando da implementação de intervenções psicoterapêuticas individuais centradas na resposta de determinados jovens aos processos de saúde/doença mental e à transição pela qual estavam a passar (adolescência), assim como, aquando da utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para aumentar o <i>insight</i> , para facilitar as respostas adaptativas que os permitissem recuperar a sua saúde mental, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.
Participação nas atividades terapêuticas planeadas	Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas	A participação nestas atividades permitiu-me refletir ao longo da atividade e conjuntamente sobre tal com a Enfermeira orientadora após a mesma, sobre a identificação de emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais que interferiam na relação terapêutica com o grupo e/ou com determinados jovens ao longo das sessões, assim como tomar consciência dos fenómenos de transferência, contratransferência, impasses ou resistências e o impacto de mim próprio na relação terapêutica. Também contribuiu em larga escala para trabalhar a monitorização das minhas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais

		durante o processo terapêutico, especialmente durante as sessões e de acordo com o feedback do grupo, que no momento em que ocorriam nem sempre eram conscientes, mas que com a prática e com o desenvolvimento do estágio, foram-se tornando cada vez mais conscientes no momento presente.
	Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade	Tendo em conta que fui participando em determinadas atividades que constavam do planeamento semanal de atividades terapêuticas do serviço, foi-me possível trabalhar para identificar os problemas e as necessidades específicas dos jovens, no âmbito da saúde mental. Tive a possibilidade de identificar perturbações mentais e problemas de saúde relacionados, diferenciando os estados fisiológicos, perturbações orgânicas, ou restantes problemas dos jovens, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental no decorrer das atividades, sendo também possível identificar complicações que frequentemente decorriam dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.
	Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental	Apesar destas atividades serem organizadas por profissionais de saúde do serviço, no decorrer das mesmas, fui identificando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental tendo confrontado esta reflexão com evidência, validando os mesmos conhecimentos com enfermeira e docente orientadora.
	Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados	Apesar destas atividades serem organizadas por profissionais de saúde do serviço, no decorrer das mesmas, refleti sobre a conceção de estratégias de empoderamento que objetivassem o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a reduzir o risco de agudização da perturbação mental, por parte dos jovens, aplicando-as quando possível.

	<p>Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação</p>	<p>Durante as atividades terapêuticas, e quando possível, implementei intervenções psicoterapêuticas individuais centrada na resposta de determinados jovens aos processos de saúde/doença mental, e à transição pela qual estava a passar (adolescência). Utilizei técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para aumentar o <i>insight</i>, para facilitar as respostas adaptativas que os permitissem recuperar a sua saúde mental, libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.</p>
--	--	---

## **Apêndice 19**

“Planos de sessão das intervenções de âmbito psicoeducativo realizadas ao longo do estágio de internamento sobre os seguintes temas: *Comunicação entre mim e os outros, Autoconceito, Autoimagem*”

**“A COMUNICAÇÃO ENTRE MIM E OS OUTROS”**

**Data:** 10/01/2017

**Duração da Sessão:** 60 minutos (12h00 – 13h00)

**Participantes:** Jovens que se encontravam em internamento

**Enfermeira:** Ana Vale

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação dos objetivos da sessão</li> </ul>	Ana Vale		1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Estamos sempre a comunicar” <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método interrogativo – “Concordam?”</li> <li>2º - Exposição das imagens, tentando compreender como são interpretadas por cada um.</li> <li>3º - Conclusão do tema, através de um “Brainstorming”</li> </ul> </li> </ul>	Ana Vale	Computador Datashow Colunas	15 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Tipos de comunicação” <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método interrogativo – “Que tipos de comunicação conhecem?”</li> <li>2º - Exposição do identificado nos slides</li> </ul> </li> </ul>			5 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de dinâmica: “A mímica das emoções”</li> </ul>			20 min

	<p>1º - Propor dinâmica ao grupo/pedir colaboração</p> <p>2º - Um elemento (voluntário) realiza a mimica de uma das emoções descritas (surpresa, alegria, tristeza, irritação) e o resto do grupo tenta adivinhar.</p> <p>3º - Conclusão da dinâmica fazendo uma síntese sobre a influência da comunicação na relação com os outros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualização do vídeo “TED – Como falar de um jeito que as pessoas queiram ouvir”</li> </ul> <p>1º - Propor visualização</p> <p>2º - Análise do vídeo</p>	Ana Vale		5 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming sobre as principais conclusões sobre os temas desenvolvidos</li> <li>• Apresentação da conclusão</li> </ul>	Ana Vale		3 min 1 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendendo à visualização do vídeo, e ao que foi abordado na presente sessão, responder por escrito, ou através de um desenho à seguinte questão: “Das ferramentas descritas no vídeo que nos ajudam a comunicar de forma clara, e considerando o que falámos durante a sessão, qual a que consideras mais útil para ti?”</li> <li>• Apresentação do realizado por cada um (voluntário)</li> </ul>	Ana Vale	Canetas/Lápis Folhas Brancas A4	10 min



**“AUTOCUIDADO”**

**Data:** 16/01/2017

**Duração da Sessão:** 60 minutos (12h00 – 13h00)

**Participantes:** Jovens que se encontravam em internamento

**Enfermeira:** Ana Vale

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação dos objetivos da sessão</li> </ul>	Ana Vale		1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Autocuidado”               <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método interrogativo – “No que acham que consiste o autocuidado?”</li> <li>2º - Debate sobre o tema</li> <li>3º - Conclusão do tema, através de um “Brainstorming” e apresentação de uma possível definição (simples).</li> </ul> </li> </ul>	Ana Vale	Computador Datashow	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Áreas do autocuidado”               <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método interrogativo – “Como é consideram que nos podemos autocuidar?”</li> <li>2º - Exposição e debate sobre um esquema</li> </ul> </li> </ul>			15 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de dinâmica: “O retrato do autocuidado”</li> </ul>			20 min

	<p>1º - Propor dinâmica ao grupo/pedir colaboração</p> <p>2º - Dar uma folha a4 com uma moldura impressa e pedir para desenharem no que consiste o autocuidado, de acordo com o que foi abordado ao longo da sessão</p> <p>3º - Apresentação do desenho de cada um (voluntário)</p>	Ana Vale	Canetas/Lápis Folhas Retrato A4	
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brainstorming sobre as principais conclusões sobre os temas desenvolvidos</li> <li>Apresentação da conclusão</li> </ul>	Ana Vale		3 min  1 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atendendo ao que foi abordado na presente sessão, responder por escrito (no outro lado da folha que está em branco) à seguinte questão: “Quais as atividades de autocuidado que realizas com frequência?”</li> <li>Apresentação do realizado por cada um (voluntário)</li> </ul>	Ana Vale	Canetas/Lápis Folhas Brancas A4	10 min

**“AUTOIMAGEM”**

**Data:** 24/01/2017

**Duração da Sessão:** 60 minutos (12h00 – 13h00)

**Participantes:** Jovens que se encontravam em internamento

**Enfermeira:** Ana Vale

Fases	Intervenção	Recursos humanos	Recursos materiais	Duração (60 min)
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação dos objetivos da sessão</li> </ul>	Ana Vale		1 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Autoimagem” <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método interrogativo – “No que acham que consiste a autoimagem?”</li> <li>2º - Debate sobre o tema</li> <li>3º - Conclusão do tema, através de um “Brainstorming” e apresentação de uma possível definição (simples).</li> </ul> </li> </ul>	Ana Vale	Computador Datashow	10 min
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação do tema “Verdadeiro ou Falso” <ul style="list-style-type: none"> <li>1º - Utilização do método expositivo para relatar duas afirmações que relacionam autoimagem com autocuidado e comunicação (sessões anteriores), tendo sido pedido que refletissem sobre se consideram as afirmações verdadeiras ou falsas.</li> <li>2º - Confirmada resposta correta e debate sobre o tema</li> </ul> </li> </ul>			15 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação do tema “Autoimagem ao longo da vida”</li> </ul> <p>1º - Exposição e debate de/sobre imagens desde os primeiros meses de vida até à vida adulta que refletem as alterações que o conceito de autoimagem vai sofrendo.</p>	Ana Vale		20 min
Síntese	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brainstorming sobre as principais conclusões sobre os temas desenvolvidos</li> <li>• Apresentação da conclusão</li> </ul>	Ana Vale		3 min  1 min
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendendo ao que foi abordado na presente sessão, representar através de um desenho, ou por escrito, numa folha em branco, como é que cada um se vê.</li> <li>• Apresentação do realizado por cada um (voluntário)</li> </ul>	Ana Vale	Canetas/Lápis Folhas Brancas A4	10 min

## **Apêndice 20**

“Email enviado às leitoras do blogue Mulher, Filha & Mãe”

Caras leitoras,

Para algumas já se passou algum tempo desde o último contacto, contudo, a marca que deixaram no espaço que criei - "Mulher, Filha & Mãe", e especialmente em mim, enquanto pessoa e profissional de saúde, será imperecível.

Como provavelmente poderão ter conhecimento, após a criação do blogue, vários foram os contactos com mulheres e respetivas famílias que passaram por situações menos positivas no pós-parto, desenvolvendo quadros de blues pós-parto, depressão pós-parto, etc.

Chegando a um determinado momento apercebi-me que me faltavam recursos, nomeadamente de âmbito teórico e prático, para poder dar uma resposta adequada aos vários pedidos de ajuda que me chegavam dentro deste âmbito.

Assim sendo decidi ingressar no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, para poder adquirir mais conhecimentos e competências dentro da área da Saúde Mental Perinatal (Área de enfoque do blogue), em especial, continuando em busca de uma resposta mais adequada dentro do mesmo âmbito.

Atualmente encontro-me a realizar o meu Projeto de Estágio.

Este, será um Projeto dentro da área de Saúde Mental Perinatal, que me permitirá adquirir mais conhecimentos na área, para além de que, irei também realizar dois estágios em locais que realizam trabalho paralelo à área em questão.

Para além dos respetivos estágios propus-me desenvolver um trabalho de investigação no mesmo âmbito, com o objetivo de compreender, à luz de metodologia científica de cariz qualitativo (análise de conteúdo) quais as vivências significativas para as mulheres que desenvolvem um blues pós-parto e uma depressão pós-parto.

Assim sendo a pergunta de partida à qual tenciono responder no final da realização do estudo é a seguinte:

*“Quais as vivências significativas que as mulheres após passarem pela experiência de um blues pós-parto e de uma depressão pós-parto identificam?”*

Aproveitando que já tenho descrito no blogue os vossos testemunhos que se encontram na rubrica “Histórias que dão a cara por esta causa”, pensei que poderia ser bastante interessante analisá-los à luz do supracitado método e chegar a algumas conclusões que me permitam responder à respetiva questão, e acima de tudo, que me permitam contribuir com conhecimento para se estruturar uma resposta mais adequada para mulheres e respetivas famílias que desenvolvem este tipo de alterações no pós-parto.

Assim sendo, gostava de saber se me permitem utilizar os vossos testemunhos, **garantindo-vos que todos eles, tal como fiz até aqui, serão trabalhados com a máxima confidencialidade, respeitando o anonimato da vossa identidade.**

O estudo começará a ser realizado assim que tiver todas as confirmações necessárias (no máximo, em Setembro de 2016), e terminará, provavelmente, em Março de 2017. Momento em que já terei de entregar o meu relatório de final de curso.

Independentemente da vossa resposta, e caso tenham interesse, terei o maior prazer em ser eu a informar-vos pela presente via, dos seus resultados.

**Qualquer dúvida ou questão que vos surja sobre o presente assunto, não hesitem em contactar-me. Estou sempre ao dispor.**

Grata pela vossa disponibilidade,  
Fico a aguardar o vosso feedback.

Com os melhores cumprimentos,  
Ana Vale.

## **Apêndice 21**

“Representação esquemática do Programa AMA”



## PROGRAMA AMA:

### Apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto

#### Objetivos Gerais:

- Facilitar o encontro de *forças* por parte das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto;
- Promover uma adequada transição para a maternidade reduzindo o sofrimento das mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto e respetiva família.



Intervenção Individual/Grupo	Linha de Apoio	Formação para profissionais de saúde
<p>Encaminhamento/Particular</p> <p>↓</p> <p>Consulta de triagem</p> <p>↓</p> <p>Processo de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria</p> <p>↓</p> <p>Implementação</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p><b>Intervenção individual</b></p> <p>(Aconselhamento, escrita expressiva, técnicas de relaxamento)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 45%;"> <p><b>Intervenção em grupo</b></p> <p>(Aconselhamento, psicoeducação, técnicas de relaxamento, grupo de mães)</p> </div> </div> <p>↓</p> <p>Avaliação de resultados obtidos</p>	<p>Mulher/Familiar/ Profissional de saúde liga</p> <p>↓</p> <p>Profissional de saúde com formação no âmbito da saúde mental perinatal atende</p> <p>↓</p> <p>Formulário de registo de contacto</p> <p>↓</p> <p>Dá resposta à necessidade descrita</p> <p>↓</p> <p>Volta a contactar a pessoa no dia seguinte</p>	<p>- Integram o Programa AMA;</p> <p>- Profissionais de saúde interessados no tema;</p> <p>- Profissionais de saúde que estão contacto frequente com estas mulheres e respetivas famílias.</p>

## **Apêndice 22**

“Programa AMA: Ficha de Acolhimento”

## PROGRAMA AMA

### Ficha de acolhimento

Processo n°

Enfermeiro Especialista responsável \_\_\_\_\_

#### Integração no programa

Reencaminhada \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ Profissional responsável \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Contactos: \_\_\_\_\_

Observações/Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

#### Dados de identificação (Mulher)

Nome: \_\_\_\_\_

D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade:

Estado civil:

Habilitações:

Profissão:

Religião/crença:

Nacionalidade:

Condições de habitação (tipo, alojamento, saneamento básico, conforto):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### História de vida prévia à gravidez (Mulher)

Problema (NICE, 2014)	Saúde/Déficite	Forças
Doença Mental _____		
Consumo de Substâncias _____		
Consumo de Álcool _____		
Relação Abusiva _____		
Maus-tratos infantis _____		
Tabagismo _____		
Peso _____		
Antecedentes médico-cirúrgicos _____		
Medicação _____		
Outro _____		
Se <b>Saúde</b> : <b>1</b> – Nunca demonstrado; <b>2</b> – Raramente demonstrado; Se <b>Déficite</b> : <b>3</b> – Algumas vezes demonstrado; <b>4</b> – Substancialmente demonstrado; <b>5</b> – Totalmente demonstrado		

**Observações:**

**Genograma e Ecomapa**

### História de vida (Família de primeiro grau)

Problema (NICE, 2014)	Familiar	Saúde/Déficite	Forças
Doença Mental			
Consumo de Substâncias			
Consumo de Alcool			
Relação Abusiva			
Maus-tratos infantis			
Tabagismo			
Peso			
Antecedentes médico-cirúrgicos			
Medicação			
Outro			
Se <b>Saúde</b> : <b>1</b> – Nunca demonstrado; <b>2</b> – Raramente demonstrado; Se <b>Déficite</b> : <b>3</b> – Algumas vezes demonstrado; <b>4</b> – Substancialmente demonstrado; <b>5</b> – Totalmente demonstrado			
<b>Observações:</b>			

### Gravidez

Semanas de gestação: \_\_\_\_\_ Planeada: \_\_\_\_\_ Desejada: \_\_\_\_\_ Vigida: \_\_\_\_\_ Local:

Médico/Enfermeiro:

Gravidez de risco:

[Nas seguintes questões importa compreender/registar, antes de sugerir qualquer tópico, os temas a que a mulher dá mais importância]

**1. Durante a gravidez teve algum problema de saúde?**

Problema (NICE, 2014)	Trimestre	Saúde/Déficé	Forças
Doença Mental			
Consumo de Substâncias			
Consumo de Álcool			
Relação Abusiva			
Comportamentos auto/heterolesivos			
Negligência autocuidado			
Ideação/Comportamento suicida			
Tabagismo			
Peso			
Medicação			
Outro			

Se **Saúde**: **1** – Nunca demonstrado; **2** – Raramente demonstrado;

Se **Déficé**: **3** – Algumas vezes demonstrado; **4** – Substancialmente demonstrado; **5** – Totalmente demonstrado

**Observações:**

**2. Qual considera ser a resposta que melhor define a forma como se sente, com relação às seguintes questões? (NICE, 2014)\*\*\***

Questão	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Substancialmente demonstrado	Totalmente demonstrado
Durante o último mês, sentiu-se desconfortável por se sentir triste, deprimida ou sem esperança?					
Durante o último mês têm-se sentido menos interessada e com menos prazer em fazer o que é habitual no seu dia-a-dia?					
Durante as duas últimas semanas com que frequência se sentiu desconfortável por estar nervosa, ansiosa ou no seu limite?					
Durante as duas últimas semanas com que frequência se sentiu desconfortável por ser					

incapaz de parar ou controlar a sua preocupação?					
--	--	--	--	--	--

3. *Qual a sua percepção sobre os seguintes fatores, na presente, e em gravidez(es) prévia(s)?*  
(WPA, 2017; NICE, 2014; Macedo & Pereira, 2014; Meleis, 2010)

[illegible]

Observações:

**[Nas seguintes questões importa registar, o observado pelo enfermeiro ao longo da consulta de triagem]**

4. *Qual a percepção do enfermeiro sobre os seguintes fatores na presente gravidez (respondendo no local afeto à presente gestação)?* (WPA, 2017; NICE, 2014; Macedo & Pereira, 2014; Meleis, 2010)

[illegible]

Estigma																	
Significado																	

Observações:

---



---

5. *Como classifica o enfermeiro o comportamento materno e a relação mãe-bebé (na presente gravidez)?* (WPA, 2017; NICE, 2014; NOC, 2010)

Indicadores de vínculo (NOC, 2010, p.721)	Saúde/Déficé	Forças
Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez		
Designação de atributos específicos ao feto		
Preparação para o bebé antes do nascimento		
Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebé		
<b>Indicadores de comportamento de saúde pré-natal</b> (NOC, 2010, p.253)		
Evita uso de tabaco, drogas, álcool		
Evita perigos ambientais		
Manutenção de consultas de cuidados no pré-natal		
<b>Se Déficé: 1</b> – Nunca demonstrado; <b>2</b> – Raramente demonstrado; <b>Se Saúde: 3</b> – Algumas vezes demonstrado; <b>4</b> – Substancialmente demonstrado; <b>5</b> – Totalmente demonstrado		
<b>Indicadores de níveis de ansiedade</b> (NOC, 2010, p.585)		
Agitação		
Andar de um lado para o outro		
Desconforto		
Tensão facial		
Irritabilidade		
Fadiga		
Ansiedade verbalizada		
Ataques de pânico		
Distúrbios no padrão de sono		
Mudanças no padrão alimentar		
<b>Indicadores de níveis de depressão</b> (NOC, 2010, p.588)		
Humor depressivo		
Perda de interesse pelas atividades		
Eventos negativos de vida		
Falta de prazer nas atividades		
Concentração prejudicada		
Culpa inadequada/excessiva		
Sentimentos de desvalorização		
Lentificação/agitação psicomotora		
Insónia/hipersónia		
Aumento/perda de peso		
Aumento/perda de apetite		
Pensamentos recorrentes de morte/suicídio		
Tristeza		
Repentes de choro		
Raiva		

Desesperança		
Autoestima baixa		
Libido Diminuída		
Nível de atividade diminuído		
Falta de espontaneidade		
Higiene/apresentação pessoal insatisfatórias		
<b>Se Défice: 1 – Grave; 2 – Substancial; 3- Moderado</b> <b>Se Saúde: 4 – Leve; 5 – Nenhum</b>		
Observações:		

## Parto

Duração da Gravidez: _____	Local: _____																																																																																																																																																																																																														
Eutócico _____	Fórceps _____																																																																																																																																																																																																														
Ventosa _____	Cesariana _____																																																																																																																																																																																																														
Data do parto: _____																																																																																																																																																																																																															
[Nas seguintes questões importa compreender/registar, <u>antes de sugerir qualquer tópico</u> , os temas a que a mulher dá mais importância]																																																																																																																																																																																																															
<p><b>1. Qual a sua perceção sobre os seguintes fatores no momento do parto (de gravidezes prévias e da presente gravidez)?</b> (NICE, 2014; Meleis, 2010)</p>																																																																																																																																																																																																															
Fatores	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Não adequado</th> <th colspan="3">Levemente adequado</th> <th colspan="3">Moderadamente adequado</th> <th colspan="3">Substancialmente adequado</th> <th colspan="3">Totalmente adequado</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Gestação</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Apoio do companheiro</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Apoio da Família</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Apoio de Amigos</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Apoio de Filhos</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Apoio da Equipa de saúde</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Relação mãe-bebé</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Preparação prévia</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Problemas de saúde</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Estigma</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Significado</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>	Não adequado			Levemente adequado			Moderadamente adequado			Substancialmente adequado			Totalmente adequado			1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	Gestação																Apoio do companheiro																Apoio da Família																Apoio de Amigos																Apoio de Filhos																Apoio da Equipa de saúde																Relação mãe-bebé																Preparação prévia																Problemas de saúde																Estigma																Significado															
Não adequado			Levemente adequado			Moderadamente adequado			Substancialmente adequado			Totalmente adequado																																																																																																																																																																																																			
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3																																																																																																																																																																																																	
Gestação																																																																																																																																																																																																															
Apoio do companheiro																																																																																																																																																																																																															
Apoio da Família																																																																																																																																																																																																															
Apoio de Amigos																																																																																																																																																																																																															
Apoio de Filhos																																																																																																																																																																																																															
Apoio da Equipa de saúde																																																																																																																																																																																																															
Relação mãe-bebé																																																																																																																																																																																																															
Preparação prévia																																																																																																																																																																																																															
Problemas de saúde																																																																																																																																																																																																															
Estigma																																																																																																																																																																																																															
Significado																																																																																																																																																																																																															
Observações:																																																																																																																																																																																																															
[Nas seguintes questões importa registar, <u>o observado pelo enfermeiro</u> ao longo da consulta de triagem]																																																																																																																																																																																																															



**2. Qual a percepção do enfermeiro sobre os seguintes fatores na presente gravidez**

(respondendo no local afeto à presente gestação)? (NICE, 2014; Meleis, 2010)

Fatores	Não adequado			Levemente adequado			Moderadamente adequado			Substancialmente adequado			Totalmente adequado		
Gestação	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Apoio do companheiro															
Apoio da Família															
Apoio de Amigos															
Apoio de Filhos															
Apoio da Equipa de saúde															
Relação mãe-bebé															
Preparação prévia															
Problemas de saúde															
Estigma															
Significado															

Observações:

---



---

Presença no parto: Companheiro\_\_\_\_\_ Outro Familiar\_\_\_\_\_ Qual?\_\_\_\_\_

Observações:

**Recém-nascido**

Nome: \_\_\_\_\_

Peso à nascença: \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_ Perímetro cabeça \_\_\_\_\_ IA 

1'	5'
----	----

Padrão alimentar na maternidade: Amamentação exclusiva | Aleitamento artificial | Aleitamento misto

Complicações do R.N. no internamento:

Observações:

**Puerpério**

Frequentou consulta de puerpério: Sim ☐ Não ☐ \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

[Nas seguintes questões importa compreender/registar, antes de sugerir qualquer tópico, os temas a que a mulher dá mais importância]

**1. Durante o puerpério teve algum problema de saúde?** (NICE, 2014)

Problema (NICE, 2014)	Semana	Saúde/Déficite	Forças
Doença Mental _____			
Consumo de Substâncias _____			
Consumo de Álcool _____			
Relação Abusiva _____			
Comportamentos auto/heterolesivos _____			
Negligência autocuidado _____			
Ideação/Comportamento suicida _____			
Tabagismo _____			
Peso _____			
Medicação _____			
Outro _____			

Se **Saúde**: **1** – Nunca demonstrado; **2** – Raramente demonstrado;  
Se **Déficite**: **3** – Algumas vezes demonstrado; **4** – Substancialmente demonstrado; **5** – Totalmente demonstrado

**Observações:**

**2. Durante o puerpério, como considera ter sido/estar a ser a sua gestão das Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)?** (WPA, 2017; Gottlieb, 2016)

ABVD	Saúde/Déficite	Forças
Alimentação		
Sono		
Vestir/Despir		
Locomoção		
Higiene pessoal		
Eliminação vesical/intestinal		

Se **Déficite**: **1** – Não adequado; **2** – Levemente adequado;  
Se **Saúde**: **3** – Adequado; **4** – Substancialmente adequado; **5** – Totalmente adequado

**3. Qual considera ser a resposta que melhor define a forma como se sente, com relação às seguintes questões?** (NICE, 2014)\*\*\*

Questão	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Algumas vezes demonstrado	Substancialmente demonstrado	Totalmente demonstrado

Durante o último mês, sentiu-se desconfortável por se sentir triste, deprimida ou sem esperança?					
Durante o último mês têm-se sentido menos interessada e com menos prazer em fazer o que é habitual no seu dia-a-dia?					
Durante as duas últimas semanas com que frequência se sentiu desconfortável por estar nervosa, ansiosa ou no seu limite?					
Durante as duas últimas semanas com que frequência se sentiu desconfortável por ser incapaz de parar ou controlar a sua preocupação?					

4. *Qual a sua perceção sobre os seguintes fatores durante o puerpério?* (NICE, 2014; Meleis, 2010)

Fatores	Não adequado			Levemente adequado			Moderadamente adequado			Substancialmente adequado			Totalmente adequado		
Gestação	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Apoio do companheiro															
Apoio da Família															
Apoio de Amigos															
Apoio de Filhos															
Apoio da Equipa de saúde															
Relação mãe-bebé															
Amamentação															
Aleitamento															
Aleitamento misto															
Preparação prévia															
Problemas de saúde															
Estigma															
Significado															

Observações:

---



---

[Nas seguintes questões importa registar, o observado pelo enfermeiro ao longo da consulta de triagem]

5. *Durante o puerpério, como considera ter sido/estar a ser a gestão das Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) por parte da mulher?* (WPA, 2017; Gottlieb, 2016)

ABVD	Saúde/Déficite	Forças
Alimentação		
Sono		
Vestir/Despir		
Locomoção		
Higiene pessoal		
Eliminação vesical/intestinal		
<b>Se Déficite: 1 – Não adequado; 2 – Levemente adequado;</b> <b>Se Saúde: 3 – Adequado; 4 – Substancialmente adequado; 5 – Totalmente adequado</b>		

**6. Qual a percepção do enfermeiro sobre os seguintes fatores durante o puerpério (respondendo no local afeto à presente gestação)?** (NICE, 2014; Meleis, 2010)

Fatores	Não adequado			Levemente adequado			Moderadamente adequado			Substancialmente adequado			Totalmente adequado		
Gestação	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Apoio do companheiro															
Apoio da Família															
Apoio de Amigos															
Apoio de Filhos															
Apoio da Equipa de saúde															
Relação mãe-bebé															
Amamentação															
Aleitamento															
Aleitamento misto															
Preparação prévia															
Problemas de saúde															
Estigma															
Significado															

Observações:

---



---

**7. Como classifica o enfermeiro o comportamento materno e a relação mãe-bebé durante o puerpério?** (WPA, 2017; NICE, 2014; NOC, 2010)

Indicadores de comportamentos de saúde materna no pós-parto (NOC, 2010, p.251)	Saúde/Déficite	Forças
Adaptação ao papel de mãe		
Criação de vínculo com o bebé		
Monitorização de sinais de depressão pós-parto		
Monitorização quanto ao aparecimento de novos problemas de saúde		

Obtenção de cuidados de saúde mediante a ocorrência de sinais de alerta e de assistência do profissional de saúde sempre que necessário		
Uso de técnicas de controlo de stresse		
Monitorização do nível de ansiedade		
Monitorização do estado de conforto		
Participação em exercícios regulares		
Equilíbrio entre atividade e repouso		
Monitorização de padrões de sono		
Obtenção de ajuda do profissional de saúde para a depressão, sempre que necessário		
Uso de suporte da família		
Uso de grupos de apoio disponíveis		
<b>Se Défice:</b> 1 – Nunca demonstrado; 2 – Raramente demonstrado;		
<b>Se Saúde:</b> 3 – Algumas vezes demonstrado; 4 – Substancialmente demonstrado; 5 – Totalmente demonstrado		
<b>Indicadores de vínculo (NOC, 2010, p.721)</b>	<b>Saúde/Défice</b>	<b>Forças</b>
Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebé		
Bebé seguro ao colo de forma bem próxima		
Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebé		
Beijar o bebé		
Sorrir para o bebé		
Realização de visitas ao berçário		
Uso de posição face-a-face		
Uso de contacto com os olhos		
Vocalização para o bebé		
Brincadeiras com o bebé		
Reação aos indicadores do bebé		
Confortar o bebé		
Segurar o bebé para alimentá-lo		
Manter o bebé seco, limpo e aquecido		
Ato do bebé olhar para os pais		
Reação do bebé aos indicadores dos pais		
Busca de proximidade pelo bebé		
<b>Se Défice:</b> 1 – Nunca demonstrado; 2 – Raramente demonstrado;		
<b>Se Saúde:</b> 3 – Algumas vezes demonstrado; 4 – Substancialmente demonstrado; 5 – Totalmente demonstrado		
<b>Indicadores de níveis de ansiedade (NOC, 2010, p.585)</b>		
Agitação		
Andar de um lado para o outro		
Desconforto		
Tensão facial		
Irritabilidade		
Fadiga		
Ansiedade verbalizada		
Ataques de pânico		
Distúrbios no padrão de sono		
Mudanças no padrão alimentar		
<b>Indicadores de níveis de depressão (NOC, 2010, p.588)</b>		
Humor depressivo		
Perda de interesse pelas atividades		
Eventos negativos de vida		
Falta de prazer nas atividades		

Concentração prejudicada		
Culpa inadequada/excessiva		
Sentimentos de desvalorização		
Lentificação/agitação psicomotora		
Insónia/hipersónia		
Aumento/perda de peso		
Aumento/perda de apetite		
Pensamentos recorrentes de morte/suicídio		
Tristeza		
Repentes de choro		
Raiva		
Desesperança		
Autoestima baixa		
Libido Diminuída		
Nível de atividade diminuído		
Falta de espontaneidade		
Higiene/apresentação pessoal insatisfatórias		
<b>Se Défice:</b> 1 – Grave; 2 – Substancial; 3- Moderado		
<b>Se Saúde:</b> 4 – Leve; 5 – Nenhum		

Indicadores de adaptação psicossocial (NOC, 2010, p.159)	Saúde/Défice	Forças
Estabelece metas realistas		
Relata sentir-se útil		
Verbaliza otimismo sobre o presente/futuro		
Relata sentir-se fortalecido		
Identifica múltiplas estratégias de <i>coping</i>		
Utiliza estratégias de <i>coping</i>		
Usa suporte social disponível		
Participa em atividades de lazer		
Expressa satisfação com as providências de vida		
Relata sentir-se socialmente enquadrada		
Reação aos indicadores do bebé		
Confortar o bebé		
Segurar o bebé para alimentá-lo		
Manter o bebé seco, limpo e aquecido		
Ato do bebé olhar para os pais		
Reação do bebé aos indicadores dos pais		
Busca de proximidade pelo bebé		
<b>Se Défice:</b> 1 – Nunca demonstrado; 2 – Raramente demonstrado;		
<b>Se Saúde:</b> 3 – Algumas vezes demonstrado; 4 – Substancialmente demonstrado; 5 – Totalmente demonstrado		

Indicadores de desempenho de papel (NOC, 2010, p.407)	Saúde/Défice	Forças
Descrição das mudanças de papel com novo membro na família		
Relato de estratégias para mudanças de papel		
Conhecimento dos períodos de transição de papel		
Desempenho de comportamentos de papel pai/mãe		

Desempenho de comportamentos de papeis de amigo		
Relato de estar à vontade com as expectativas do papel		
Relato de estar à vontade com as mudanças de papel		
<b>Se Défice:</b> 1 – Não adequado; 2 – Levemente adequado; <b>Se Saúde:</b> 3 – Moderadamente adequado; 4 – Substancialmente adequado; 5 – Totalmente adequado		
Observações:		

\*\*\* Se “Alguma vez/Substancialmente/Totalmente demonstrado” ponderar utilizar PDSS/PASS

## PLANO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

Data	Rúbrica	Diagnóstico de Enfermagem	Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem		Intervenções de enfermagem		
			Resultado	Indicadores	Intervenção	Atividades	Data
				Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5			
				Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5			
				Início: 1 2 3 4 5 Meta: 1 2 3 4 5 Final: 1 2 3 4 5			
			1 = Nunca demonstrado; 2 = Raramente demonstrado; 3 = Às vezes demonstrado; 4 = Muitas vezes demonstrado; 5 = Consistentemente demonstrado				



## **Apêndice 23**

“Programa AMA: Guia de Acolhimento”

**AMA:**

*Programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto*



# *Guia de Acolhimento*

*Para a(o):*

---

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Próximo encontro:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Enfermeiro responsável:** \_\_\_\_\_

## 1. No que consiste?

**AMA** é um programa que visa apoiar mulheres e respetivas famílias com risco significativo de desenvolverem alterações emocionais/problemas de saúde mental no pós-parto, ou que, já tenham desenvolvido.

*Sabia que...*

*1 em cada 10 **homens** desenvolve uma depressão pós-parto?*



*1 em cada 7 **mulheres** desenvolve uma depressão pós-parto?*

## 2. Quais os objetivos?

Os objetivos gerais do programa são os seguintes:

- Facilitar o encontro de *forças* por parte das mulheres e respetivas famílias;
- Promover uma adequada transição para a maternidade reduzindo o sofrimento das mulheres e respetivas família

## 3. O que são Forças?

O Programa **AMA** foi (também) pensado e elaborado com base na teoria de enfermagem de Laurie Gottlieb (2016) denominada por “O Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças”. Segundo a autora, *forças* são as qualidades especiais e únicas da pessoa ou família, que determinam o que a pessoa é capaz de fazer e em quem se poderá tornar. São as capacidades que permitem que uma pessoa lide com os desafios da vida, com as incertezas, e contribuem para a capacidade de a pessoa se recuperar, retomar e refazer-se de todos os tipos de agressões e superar as adversidades, assim como, para atingir os seus objetivos, aproveitar ao máximo a vida e facilitar a recuperação e o seu equilíbrio. São estas forças que trabalhamos no Programa **AMA**.

*Sabia que...*

*As pessoas costumam reagir muito bem aos tratamentos nesta fase havendo uma forte possibilidade de reabilitação total?*



### **Através do Programa AMA...**

---

...Terá acesso a um enfermeiro especialista que ficará responsável pela gestão da sua situação clínica, e com quem poderá manter contacto com frequência;

...Será integrada num ambiente propício à realização de atividades adequadas que procuram ir ao encontro dos objetivos anteriormente descritos;

---

### **Se tiver qualquer questão após a consulta de triagem ou em qualquer outro momento...**

... nunca hesite em contactar-nos.

### ***CONTACTOS:***

***TLF:*** 210 000 000

***TLM:*** 900 000 000

***EMAIL:*** progrAMA@gmail.com

***LOCALIZAÇÃO:***

*Até breve!*

“Sublinharmos que ‘Maternidade nem sempre rima com felicidade’ é a nossa forma de tentarmos diminuir o estigma e a pressão associados à depressão e a outros problemas de saúde mental perinatal. Não basta que este tema seja cada vez mais abordado nos meios de comunicação social e internet (...). É preciso que as mulheres saibam que podem e devem procurar ajuda, sem medo, sem vergonha e sem culpa. É preciso que a ajuda lhes seja dada.”

In *Saúde Mental Perinatal* de Macedo & Pereira (2014, p.2)

**AMA:**

*Programa de apoio a mulheres com alterações psicopatológicas no pós-parto*



## **Apêndice 24**

“Autorização da Dra. Ana Telma Pereira para utilização da PDSS e PASS no  
Programa AMA”

## Autorização para utilização de instrumentos de avaliação

apereira@fmed.uc.pt 18 de abr

Cara Ana,  
obrigada pelo seu interesse nos nossos instrumentos.  
autorizo com todo o gosto a utilização das

-Escala de Rastreio da Depressão Perinatal-24

(Pereira et al. 2013; Azevedo et al. 2017)

-Versão PT preliminar da Escala de Rastreio da Ansiedade Perinatal

Perinatal Anxiety Screening Scale (Somerville et al. 2014)

de seguida enviar-lhe-ei os respectivos protocolos e publicações referentes aos estudos de validação.

se permanecerem dúvidas, estarei disponível para as esclarecer.

com os meus melhores cumprimentos,

Ana Telma Pereira.

--

Ana Telma Pereira, PhD

Investigadora Auxiliar | Researcher

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina | University of Coimbra • Faculty of Medicine

Serviço de Psicologia Médica | Department of Psychological Medicine

Pólo I | Rua Larga • 3004-504 COIMBRA • PORTUGAL

Tel. | Phone: [+351 239 857 759](tel:+351239857759)

<http://www.uc.pt/fmuc/pm>

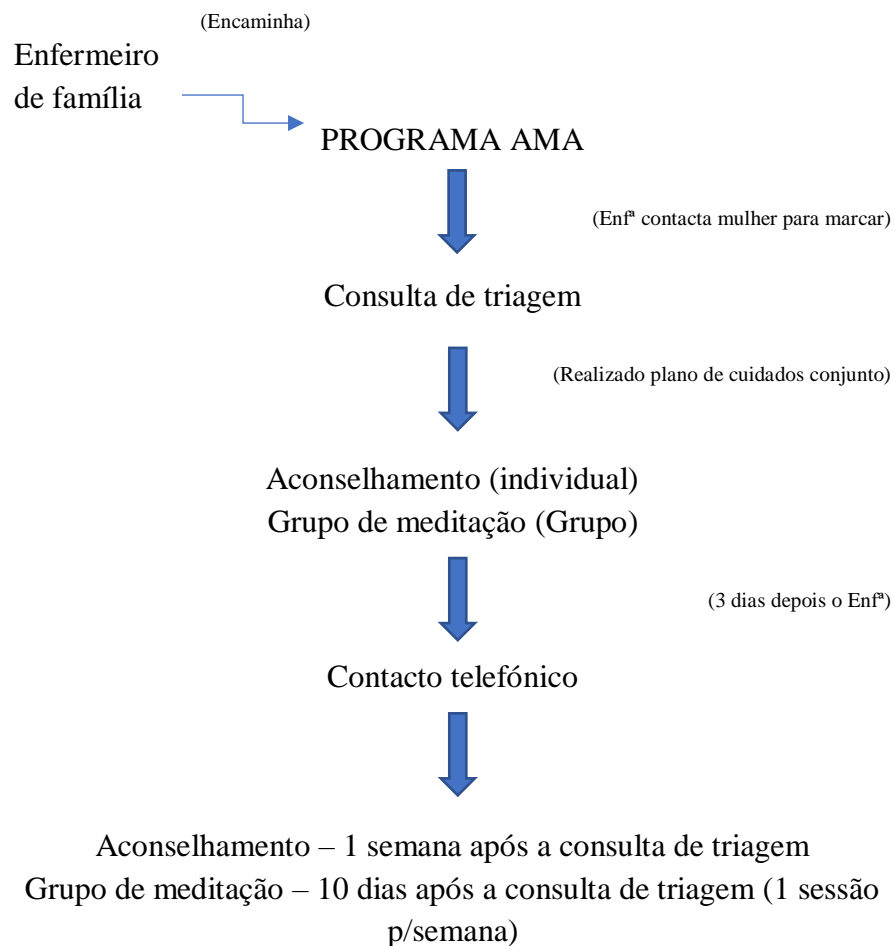
[https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Pereira97](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Pereira97)

## **Apêndice 25**

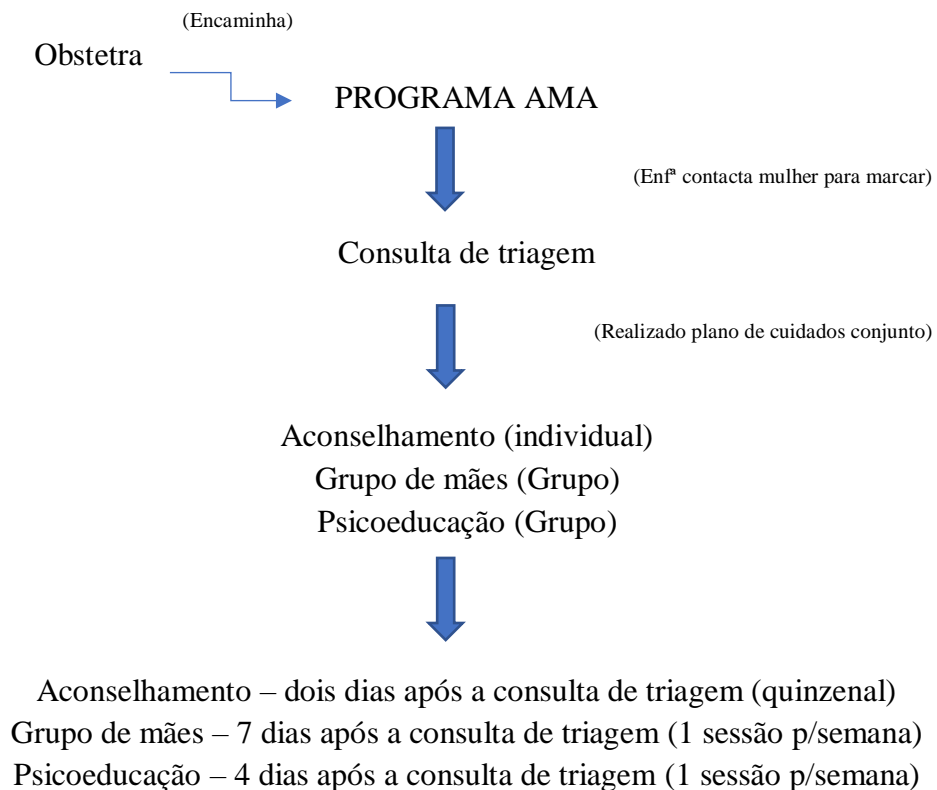
“Exemplo de circuito de duas mulheres dentro do Programa AMA”



### Circuito da Mulher A



### Circuito da Mulher B



**Planeamento mensal das sessões integradas no plano de cuidados da Mulher A e B**

	2 <sup>a</sup> feira	3 <sup>a</sup> feira	4 <sup>a</sup> feira	5 <sup>a</sup> feira	6 <sup>a</sup> feira	Sábado	Domingo
SEMANA 1	CONSULTA DE TRIAGEM Mulher A Mulher B		Consulta de Aconselhamento Mulher B	Contacto telefónico Mulher A	Psicoeducação Mulher B		
SEMANA 2	Consulta de Aconselhamento Mulher A Grupo de Mães Mulher B			Grupo de Meditação Mulher A	Psicoeducação Mulher B		
SEMANA 3	Consulta de Aconselhamento Mulher A Grupo de Mães Mulher B		Consulta de Aconselhamento Mulher B	Contacto telefónico Mulher A	Psicoeducação Mulher B		
SEMANA 4	Consulta de Aconselhamento Mulher A Grupo de Mães Mulher B			Grupo de Meditação Mulher A	Psicoeducação Mulher B		

## **Apêndice 26**

“Atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental e  
psiquiatria integradas no Programa AMA”

## Atividades subjacentes às intervenções de enfermagem em saúde mental integradas no Programa AMA

De acordo com a NICE (2014), correspondente a todas as intervenções na gravidez e no período pós-parto deve de haver um plano que oriente a estrutura e duração de cada intervenção, tal como é preconizado no Programa AMA, considerando os diagnósticos e resultados esperados para cada caso clínico. A NICE (2014) recomenda ainda a realização de diferentes intervenções, considerando mulheres com doença mental grave, que define como sendo mulheres com experiência de “depressão, psicose, esquizofrenia, perturbação bipolar, perturbação esquizoafetiva e psicose pós-parto severa e incapacitante” (NICE, 2014, 14), e outras mulheres com experiência de perturbações como a depressão, ansiedade, problemas de sono, perturbações do comportamento alimentar, consumo de álcool e drogas.

Atendendo ao quadro de referências que suporta o Programa AMA, objetiva-se, não o foco na perturbação do foro da saúde mental da mulher, mas sim, nas suas forças para fazer face ao problema em questão, como já foi abordado anteriormente. Assim sendo, e considerando as intervenções abaixo indicadas, as intervenções individuais e de grupo pretendem-se a ser desenvolvidas consoante o plano de cuidados de enfermagem em saúde mental de cada mulher e respetiva família, pelo que, só no grupo de mães é que, por agora, numa fase de conceptualização e descrição do programa, se preconiza a divisão das mulheres consoante a alteração psicopatológica diagnosticada como será abordado mais adiante.

Intervenções Individuais	Intervenções em Grupo
Aconselhamento	Grupo de Mães/Aconselhamento
Escrita expressiva	Psicoeducação
Técnicas de relaxamento	Técnicas de relaxamento

- **Aconselhamento** consiste no “uso de um processo interativo de ajuda com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e de pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p. 119). Constitui-se uma intervenção que pode ocorrer em contexto individual ou grupal, tal como pode ser verificado como exemplo, o que consta no plano de cuidados de enfermagem em saúde mental da Mariana (Apêndice 11);

- **As técnicas que visam o relaxamento**, ou seja, “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz, alívio de tensão, ansiedade e medo” (Ryman, 1995, citado por Payne, 2003), utilizadas em intervenção individual, consistem em métodos de respiração como a atenção consciente à respiração, o relaxamento muscular passivo e a visualização de imagens mentais. Na atenção consciente à respiração “as mães são convidadas a explorar os diferentes aspectos da expansão tóracaica” (Payne, 2003, p. 222), o relaxamento muscular passivo consiste num “processo pelo qual é reduzida a tensão contrátil nos músculos voluntários” (Payne, 2003, p.61) sem haver contração muscular, e a visualização de imagens mentais “podem ser utilizadas para reforçar o relaxamento durante a gravidez (...)” (Payne, 2003, p. 223), entrando em contacto com o bebé, ou imaginando momentos como o trabalho de parto, ou os primeiros dias após o parto, por exemplo. Nas intervenções grupais, todas as últimas também podem ser utilizadas, acrescentando-se a meditação que consiste em focar a atenção num estímulo escolhido salientando-se que a mente encontra-se tranquila e a escutar-se a si própria objetivando a acalmia dos pensamentos, podendo levar a um relaxamento profundo (Payne, 2003). Para tal, poderá utilizar-se a atenção consciente da respiração, a auto-consciencialização corporal e emocional, a visualização dirigida para objetivos e as imagens mentais (Payne, 2003) atendendo a cada caso clínico;
- A **psicoeducação**, segundo Fresán et al (2001) citando Glick (1994), define-se como a administração sistemática de informação e preparação à pessoa com doença e aos seus familiares, relativamente à etiologia da doença, aos sintomas e ao tratamento, com o objectivo *major* de melhorar os comportamentos associados à doença. O termo psicoeducação, no âmbito da psiquiatria, define-se como “um processo de formação de uma pessoa com perturbação psiquiátrica, em domínios que visam o tratamento e a readaptação” (Favrod e Maire, 2014, p. 46), sendo o aspeto relacional um fator importante a ter em consideração neste processo que ocorre no contexto de uma relação terapêutica constituindo-se uma estratégia cuja principal finalidade é a inclusão social da pessoa com perturbação psiquiátrica, bem como, a melhoria da relação entre a pessoa com doença mental, a família, e doença em si mesma, promovendo a reabilitação psicossocial e o bem-estar das pessoas envolvidas. Algo que se ajusta na íntegra com o que se verifica ser necessário trabalhar neste período da vida das respetivas mulheres. De acordo com Favrod e Maire (2014), uma fase de avaliação precede as intervenções psicoeducativas, visando o conhecimento da situação global da pessoa com doença mental e dos seus familiares, de modo a adaptar a forma, o ritmo e o conteúdo das intervenções. No âmbito desta avaliação, que deve ser contínua, é importante “conhecer a situação biopsicossocial, espiritual e

cultural do paciente e das pessoas significativas” (Favrod e Maire, 2014, p.50), bem como os recursos ambientais e pessoais, as estratégias de *coping*, o grau de consciência e compreensão que a pessoa tem sobre a sua doença e a fase da recuperação em que a pessoa se encontra. Motivo pelo qual, embora existam temas já pensados para o programa, o mesmo será elaborado e realizado com base nas mulheres e respetivas famílias que vão integrando o Programa AMA.

- Segundo Stern (1997) o nascimento de um filho, especialmente o primeiro filho, faz com que a mãe vivencie uma nova organização psíquica que designa de Constelação da Maternidade, e que vai determinar um novo conjunto de tendências, sensibilidades, fantasias, medos e desejos. Contudo, esta nova organização é temporária e de duração variável, podendo prolongar-se por meses ou anos. Ainda que, durante esse tempo, constitui o organizador dominante para a vida psíquica da mãe, constituindo-se pelas representações que a mãe tem sobre o bebé, sobre si própria enquanto pessoa e enquanto mãe, sobre o pai e sobre a sua própria mãe (Stern, 1997). Motivo pelo qual, é possível considerar que nesta fase a mãe tem maior necessidade de partilhar as suas dúvidas, questões, receios, desejos, tendências, entre outros, havendo a possibilidade do **grupo de mães** poder constituir-se o seio ideal neste sentido quer para mulheres com risco significativo de desenvolverem alterações psicopatológicas no pós-parto, quer para as mulheres que já desenvolveram alguma. Assim sendo, não só a realização de um grupo de mães se torna indicado neste período, como é também uma intervenção de enfermagem sugerida na *Nursing Interventions Classifications* de forma a promover a melhoria do enfrentamento, assim como, a promoção do vínculo pais/bebé (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010). No estudo de Marques (2003) foi possível mostrar que mães com sintomatologia depressiva fornecem representações maternas acerca do bebé menos ricas e mais negativas, por comparação com mães não deprimidas. Considerando o anteriormente descrito, e a classificação de grupos existentes (Douglas, 1995, citado por Guerra, Lima & Torres, 2014), compreende-se a integração no Programa AMA, de dois tipos de grupos: o grupo terapêutico (Guerra, Lima & Torres, 2014; Townsend, 2011) para mulheres com doença mental e doença mental grave e o grupo terapêutico de suporte (Guerra, Lima & Torres, 2014) para mulheres com risco significativo de doença mental no período perinatal. Qualquer um dos grupos anteriormente descritos “pressupõe a existência de um terapeuta (...), num grupo terapêutico, que domine os problemas de saúde mental e que esteja estribado num racional teórico, reconhecido na atualidade científica (...)” (Guerra, Lima & Torres, 2014, p.25). Ainda de acordo com Townsend (2011, p.168) as “preocupações

primárias dos grupos terapêuticos é evitar preocupações futuras ensinando aos participantes modos eficazes de lidar com o stress emocional que tem origem em crises situacionais ou de desenvolvimento” como é o caso da transição para a maternidade. Este tipo de grupos centra-se nas relações de grupo, interações entre os seus membros e na análise de um problema selecionado a debater (Towsend, 2011). Também de acordo com Payne (2003, p.19), e no que toca ao trabalho de grupo com as técnicas de relaxamento, trabalhar em grupo pode ser uma ótima via de proporcionar o relaxamento de forma eficaz, sendo o grupo direcionado o grupo onde existe um líder que conduz um programa previamente preparado, e onde, apesar de ser apresentado de forma sistemática, o líder mostra flexibilidade, quando apropriado. Sendo este o tipo de grupo preconizado no Programa AMA.

Considerando as últimas observações descritas, as características dos grupos de mães, pretendem-se as seguintes (Guerra, Lima & Torres, 2014; Towsend, 2011):

Déficé	Critérios	Classificação
<b>Mulheres com doença mental e doença mental grave no período perinatal</b>	Natureza	Artificiais
	Membros	Homogéneos (problemática) Heterogéneos (características sociodemográficas)
	Liderança	Diretiva, democrática, líder perito
	Finalidade	Terapêutica
	Número (membros)	Mínimo: 3   Máximo: 8
	Processo	Fechados
	Orientação	Cuidar Baseado nas Forças
<b>Mulheres com risco significativo de desenvolverem alterações psicopatológicas no pós-parto</b>	Natureza	Artificiais
	Membros	Homogéneos (problemática) Heterogéneos (características sociodemográficas)
	Liderança	Diretiva, democrática, líder perito/observador participante
	Finalidade	Terapêutica de suporte
	Número (membros)	Mínimo: 3   Máximo: 8
	Processo	Fechados
	Orientação	Cuidar Baseado nas Forças

## **Apêndice 27**

“Programa AMA: Formulário de contacto através da linha de apoio”



## PROGRAMA AMA

### Formulário de contacto

Data/Hora:

Enfermeiro responsável \_\_\_\_\_

#### Identificação

Mulher ☐ Companheiro ☐ Familiar ( ) ☐ Profissional de saúde ☐

Instituição/Serviço: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

D.N. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Habilitações:

Profissão:

Religião/crença:

Nacionalidade:

#### Motivo de contacto

Bebé ☐ Mulher ☐ Relação mãe-bebé ☐ Relação conjugal ☐ Sintomatologia ☐

Outro ☐ \_\_\_\_\_

Motivo:

---

---

---

---

---

---

---

#### Avaliação do contacto por parte da Mulher/Familiar/Profissional de saúde

Autorização para voltar a ligar: Sim ☐ Não ☐

Itens a avaliar	Não adequado	Levemente adequado	Moderadamente adequado	Substancialmente adequado	Totalmente adequado
Avaliação da resposta					
Reutilização da linha de apoio					

**Plano de ação**

Informação <input type="checkbox"/>		Estratégia de ação <input type="checkbox"/>		Recursos na comunidade <input type="checkbox"/>	
Realizado	Por realizar	Realizado	Por realizar	Realizado	Por realizar

## Recém-nascido

Nome: \_\_\_\_\_

Peso à nascença: \_\_\_\_\_ Comprimento \_\_\_\_\_ Perímetro cabeça \_\_\_\_\_ IA 

1'	5'
----	----

Padrão alimentar na maternidade: Amamentação exclusiva | Aleitamento artificial | Aleitamento misto

Complicações do R.N. no internamento:

Observações:

## AValiação DO ENFERMEIRO (Posteriormente ao contacto — o que considerar ter sido passível de avaliação)

### Puerpério/Pós-parto

8. *Como considera ter sido/estar a ser a gestão das Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) por parte da mulher/homem/família?* (WPA, 2017; Gottlieb, 2016)

ABVD	Saúde/Déficite	Forças
Alimentação		
Sono		
Vestir/Despir		
Locomoção		
Higiene pessoal		
Eliminação vesical/intestinal		
Se Déficite: 1 – Não adequado; 2 – Levemente adequado; Se Saúde: 3 – Adequado; 4 – Substancialmente adequado; 5 – Totalmente adequado		

9. *Como classifica o enfermeiro o comportamento materno/paterno/familiar?*  
(WPA, 2017; NICE, 2014; NOC, 2010)

Indicadores de níveis de ansiedade (NOC, 2010, p.585)		
Agitação		
Andar de um lado para o outro		
Desconforto		
Tensão facial		
Irritabilidade		
Fadiga		
Ansiedade verbalizada		
Ataques de pânico		
Distúrbios no padrão de sono		
Mudanças no padrão alimentar		
Indicadores de níveis de depressão (NOC, 2010, p.588)		
Humor depressivo		
Perda de interesse pelas atividades		

Eventos negativos de vida		
Falta de prazer nas atividades		
Concentração prejudicada		
Culpa inadequada/excessiva		
Sentimentos de desvalorização		
Lentificação/agitação psicomotora		
Insónia/hipersónia		
Aumento/perda de peso		
Aumento/perda de apetite		
Pensamentos recorrentes de morte/suicídio		
Tristeza		
Repentes de choro		
Raiva		
Desesperança		
Autoestima baixa		
Libido Diminuída		
Nível de atividade diminuído		
Falta de espontaneidade		
Higiene/apresentação pessoal insatisfatórias		
<b>Se Défice:</b> 1 – Grave; 2 – Substancial; 3- Moderado		
<b>Se Saúde:</b> 4 – Leve; 5 – Nenhum		

Indicadores de adaptação psicossocial (NOC, 2010, p.159)	Saúde/Défice	Forças
Estabelece metas realistas		
Relata sentir-se útil		
Verbaliza otimismo sobre o presente/futuro		
Relata sentir-se fortalecido		
Identifica múltiplas estratégias de <i>coping</i>		
Utiliza estratégias de <i>coping</i>		
Usa suporte social disponível		
Participa em atividades de lazer		
Expressa satisfação com as providências de vida		
Relata sentir-se socialmente enquadrada		
Reação aos indicadores do bebé		
Confortar o bebé		
Segurar o bebé para alimentá-lo		
Manter o bebé seco, limpo e aquecido		
Ato do bebé olhar para os pais		
Reação do bebé aos indicadores dos pais		
Busca de proximidade pelo bebé		
<b>Se Défice:</b> 1 – Nunca demonstrado; 2 – Raramente demonstrado;		
<b>Se Saúde:</b> 3 – Algumas vezes demonstrado; 4 – Substancialmente demonstrado; 5 – Totalmente demonstrado		

